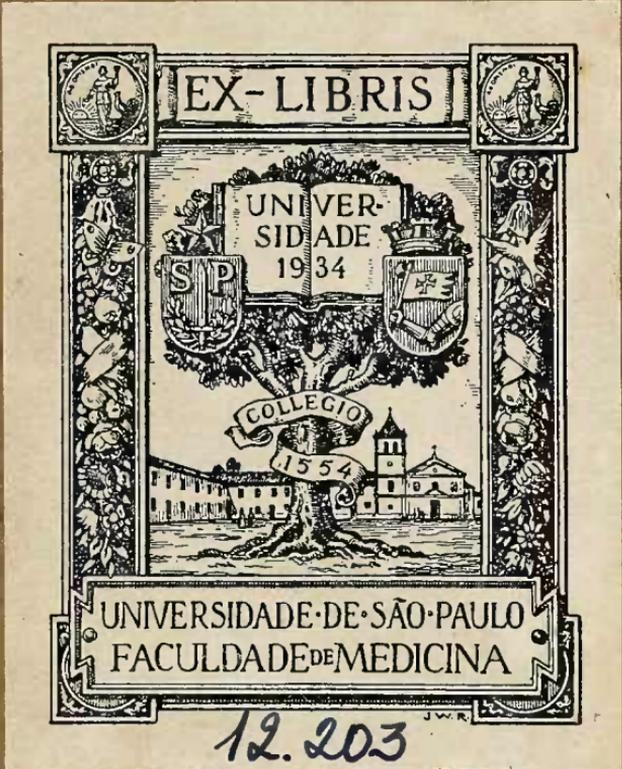




12.20
Seção de Encadernação
Fac. de Medicina
da
Univ. de São Paulo
12.203



12.203

DEDALUS - Acervo - FM



10700059669

47078

DEMARCAÇÕES

MEDICAS E CIRURGICAS

TRADUÇÃO
DO
DR. INNOCENCIO DOS SANTOS LOPES CAVALCANTI

DEMARCAÇÕES MEDICAS E CIRURGICAS

POR

Luthero Golden

Socio da Real Sociedade de Cirurgia;
Membro do Conselho e da Junta de Examinadores;
Cirurgião mais antigo
e fundador do Hospital de S. Bartholomêo.



Dr. Cuzino Motta

MEDICO OPERADOR

BAHIA

TYPOGRAPHIA DO "DIARIO DA BAHIA"

101 — Largo de Theatro — 101

1880

PH

9-10-1952
"L. Cunha Motta"
doenças

611.9
H711d

Aos Srs.

DR. RODOLPHO DE SOUZA SANTAS

DR. JOSÉ FRANCISCO DA SILVA LIMA

O. D. C.

O Traductor

Prefacio do Auctor

Estas Demarcações já forão publicadas nos Relatorios (Reporters) do Hospital de S. Bartholoméo. Ellas são de novo publicadas com alguns accrescentamentos, na esperanza de que ellas possão ser uteis á outros alem d'aquelles para quem forão primitivamente escritas.

Meu fim consistiu em colleccionar n'uma fórmula compacta as principaes demarcações que auxilião aos cirurgiões practicos no seu trabalho quotidiano ; As relações que se referem ao peito e abdomen forão determinadas com a maior precisão, que permittem as variações naturaes, por agulhas introduzidas em varias direcções.

Eu tenho que exprimir os meus agradecimentos aos Srs. Walsham e ao Dr. Godson por suas contribuições.

Março — 1876.

Ao leitor

Tendo dirigido aos Srs. Drs. José Francisco da Silva Lima e Ramiro Affonso Monteiro a carta que se segue, cujas respostas vão adiante transcritas, julgo-me dispensado de fazer quaesquer considerações com referencia ao merito e utilidade do livro, cuja traducção hoje apresento e offereço á apreciação da classe medica brasileira.

O Traductor

Illm. Sr. Dr.

Antes de publicar a minha traducção das *Landmarks medical and surgical* de Luthero Holden, devo consultar a sua valiosa opinião ácerca do merecimento, utilidade e vantagens d'ella para os medicos e estudantes de medicina; por isso peço-lhe o especial favor de a ler e dar o seu parecer á respeito.

Peço-lhe tambem que consinta fazer o uso que me convier de sua resposta.

Sou de V. S. com toda estima e consideração

Bahia, 23 de Maio
de 1880.

Amigo e obrigado,

INNOCENCIO DOS SANTOS LOPES CAVALCANTI.

Illm. Sr. Dr. Innocencio dos Santos Lopes Cavalcanti

O conhecimento que tenho do interessante livro do Sr. Luthero Holden «*Landmarks medical and cirurgical*» e das demonstrações de apreço com que o recebeu a imprensa médica ingleza, authorisa-me a declarar, em resposta á sua obsequiosa carta, que V. S. presta bom serviço aos que entre nós apprendem e exercem a medicina e a cirurgia, offerecendo-lhes a traducção portugueza de um precioso guia, tanto para maior facilidade do diagnostico de muitas molestias internas, como para a practica d'aquellas operações e manobras cirurgicas em que a precisão e a segurança dependem do exacto conhecimento da situação e das relações anatomicas dos orgãos interessados.

Não ousou duvidar que o valor intrinseco do livro, a sua necessidade, e ainda o esmero e attenção com que foi trasladado em lingua vernacula, lhe assegurem uma acceptação condigna do seu merito, e tambem dos louvaveis esforços do traductor em o vulgarisar entre os alumnos e membros da classe medica brazileira.

Sou, com a maior consideração e estima

Maio — 1880.

De V. S.

Amigo, collega e criado,

DR. J. F. DA SILVA LIMA.

Mm. Sr. Dr. Innocencio dos Santos Lopes Cavalcanti

A' carta que V. S. dirigiu-me com a traducção do livro do Sr. Luthero Holden, intitulado *Landmarks medical and surgical*, respondo agradecendo-lhe a attenção de que usou para comigo, e felicitando-o pelo serviço que vae prestar, com a publicação dessa traducção, aos que entre nós aprendem e exercem a medicina e a cirurgia.

As noções de anatomia que alli se achão reunidas scientificamente e artisticamente combinadas, facilitão não só o diagnóstico das molestias internas, como a practica de algumas operações e manobras cirurgicas; e poupão tempo e trabalho aos que, para adquirirem taes noções, precisarem de computsar tratados especiaes sobre molestia de cada orgão ou aparelho em particular.

A impressão satisfactoria que em mim produzio a leitura da referida traducção, anima-me a augurar-lhe acceitação condigna do merito do livro e da tarefa muito louvavel do traductor.

Sou, com a maior estima e respeito

Maio — 1880.

De V. S.

Cóllega e amigo obrigado.

DR. R. A. MONTEIRO

DEMARCAÇÕES

MEDICAS E CIRURGICAS

«CHIRURGUS MENTE PRIUS ET OCULIS AGAT QUAM MANU ARMATA»

1.º—No ensino clinico temos muitas vezes de indicar na superficie do corpo vivo, aquillo que se póde chamar demarcações medicas e chirurgicas. Por «demarcações», entendemos signaes sobre as superficies, taes como: linhas, eminencias, depressões, que pódem servir de guias ou de indicações para os órgãos mais profundamente situados. Achamos esta pratica não só proveitosa como tambem necessaria; porque muitos estudantes mesmo adiantados de anatomia não estão tão preparados como deverião estar em reconhecer os órgãos,

quando cobertos pela pelle. Homens que pódem estar sufficientemente familiarizados com ossos, musculos, vasos sanguineos ou visceras no cadaver, falhão muitas vezes deploravelmente, quando te-nhão de pôr em pratica estes conhecimentos.

Por exemplo, mandai á um estudante collocar o dedo no logar exacto onde elle deve sentir a cabeça do radio, a apophyse coracoide do omoplata, o tuberculo de escaphoide no pé; mandai-o comprimir efficaizmente uma das principaes arterias; traçar a linha de seu trajecto; debuxar sóbre a caixa thoracica a posição do coração e das diversas valvulas na sua base; traçar ao longo das paredes do thorax os cortornos dos pulmões e da pleura; indicar as prominencias osseas nas articulações e sua posição relativa nos differentes movimentos das juntas; interrogai-o acerca dos musculos e tendões, que pódem ser vistos ou sentidos, quando sobresaem em relevo ou permanecem em repouso; mandai-o que introduza o dedo nos diversos orificios do corpo e dizer quaes são as partes accessiveis ao toque; á perguntas como estas até um bom anatomista não acostumado a lidar com o homem vivo poderia achar talvez difficuldade em responder.

2.º—O nosso principal fim, portanto, é induzir os estudantes acostumarem-se olhar para o corpo vivo com olhos anatomicos e também com olhos na extremidade de seus dedos. O valor d'este habito não pôde ser por demais encarecido. Não será da maxima importancia para um medico operador ter retratadas na sua mente as diversas partes do corpo, taes quaes estão agrupadas, relacionadas e funcionando conjunctamente? Não deverá elle procurar ao menos vê-las com a mesma clareza e exactidão, como se ellas fossem perfeitamente transparentes?

Este habito está ao facil alcance de qualquer que tenha cuidadosamente dissecado por si mesmo, e adquirido o conhecimento d'aquillo que tem a procurar. Estampas de nada servirão. Examine cada um o seu proprio corpo. Melhor será ainda que dous trabalhem em commum, servindo-se reciprocamente de modelo. O melhor de tudo é estudar com o auxilio de um esqueleto.

Eu aconselharia também aos professores de anatomia que seguissem o exemplo de Sir. C. Bell, que tinha por costume apresentar, de tempos em tempos, um individuo fortemente musculoso aos seus alumnos, «afim de mostrar-lhes quanto da es-

tractura do corpo, como articulações e musculos se podião estudar sem a actual dissecação.» ¹

Ao mesmo tempo, é justo declarar, que as demarcações nem sempre podem ser definidas com exactidão. Convem deixar um rasoavel desconto ás variações naturaes em diferentes pessoas. Anatomia clara para o olho e para o dedo depende em grande parte da quantidade de tecido gorduroso subcutaneo. Em alguns ella mostra-se perfeitamente clara; em outros obscurecida pela corpulencia. Escolhendo, pois, para o estudo um individuo moderadamente magro, comecemos pela—CABEÇA.

==

¹ Algumas observações auctorizadas forão feitos á este respeito pelo Sr. C. Heath em um folheto «Sobre a anatomia em relação com a medicina.»

CABEÇA

3.º—A grande densidade dos tegumentos da Tegumento da cabeça cabeça, mais especialmente na nuca, é devida a sua íntima relação com a aponevrose craniana e vasos tegumentares e os bolbos pilosos intermediários. Esta densidade dificulta muitas vezes o diagnóstico dos tumores do craneo. Um tumor desenvolvido sobre a cabeça póde estar ou por cima ou por baixo da aponevrose craniana.

Por baixo, apresentará uma resistência firme ao tacto, preso como está pela aponevrose. Contudo sua firmeza e resistência podem não depender unicamente de estar preso por baixo da aponevrose, mas de ter sua origem dentro do craneo. Tende por suspeito, pois, qualquer tumor da cabeça, que não possa ser deslocado com facilidade, de modo que estejaes certos de suas relações antes

de tentar a extirpação. O tegumento da cabeça move-se facilmente sobre o pericraneio, ao qual está muito frouxamente unido pelo tecido areolar. Quando a suppuração se apresentar n'este tecido, devem ser feitas grandes incisões atravez do denso tegumento da cabeça para dar sahida ao pús.

Arterias do
tegumento
da cabeça

4.º — A arteria supra-orbitaria póde ser sentida pulsando, justamente acima da fenda supra-orbitaria e seguida até alguma distancia sobre a testa; a temporal, cerca de uma pollegada e um quarto por detraz da apophyse angular externa do osso frontal; a occipital, perto do meio de uma linha tirada da protuberancia occipital á apophyse mastoide; a auricular posterior, por detraz do vertice da apophyse mastoide. Todas estas arterias podem ser efficazmente comprimidas de encontro ao osso subjacente.

A abobada
craniana

5.º — A abobada craniana é raramente symmetrica. Esta falta de symmetria é muitas vezes manifesta. Póde encontrar-se em homens de grande intelligencia, como no celebre anatomista francez «Bichat». Quanto a formas e as dimensões relativas, não ha duas cabeças exactamente iguaes, como não ha duas caras. Não é meu proposito agora entrar na questão da craniologia, senão para

dizer que, comquanto o craneo não accompanhe o cerebro em todas as suas eminencias e depressões, sendo por assim dizer um molde de sua superficie, comtudo elle sem duvida indica as dimensões das grandes massas cerebraes. As eminencias frontaes e parietaes e a região occipital podem ser consideradas como expressão geral do desenvolvimento dos lóbos correspondentes do cerebro.

Para determinar as proporções relativas d'estas tres regiões, passe-se uma linha de um meato auditivo ao outro atravez das eminencias frontal, parietal e occipital respectivamente.

Os «seios frontaes» formados pela separação das duas táboas do craneo varião muito de tamanho em diferentes pessoas e em diferentes periodos da vida. Isto é de grande alcance não só nas feridas da testa, como na trepanação n'este lugar.

Estas saliencias não existem nas crianças, porque as táboas do craneo não começam a separar-se antes da puberdade. Por um exame de muitos craneos no Musêo Hunteriano, eu achei que a ausencia da protuberancia externa, mesmo na idade media, não implica necessariamente a ausencia do proprio seio, visto que elle pode ser formado pela retrocessão da parede interna do craneo. Nos ve-

lhos, em regra, quando os seios crescem, é porque a tábua interna estende-se para dentro da caixa cerebral. A parede craniana acompanha aqui o cerebro que se retrahé. Importa por isso ter em memoria, que um adulto e mais especialmente um velho podem ter um grande seio frontal sem signal algum externo.

Nem tão pouco uma bossa muito pronunciada significa necessariamente a existencia de seio algum. A bossa póde ser uma simples accumulacão de tecido osseo ou uma degradação, como succede em alguns craneos Australianos.

As mesmas observações são applicaveis ás células aereas da apophyse mastoide, que podem ser reconhecidas atraz da orelha.

Protuberancia
do occipital

A protuberancia occipital, a linha curva superior e a crista podem ser percebidas distinctamente na nuca. A protuberancia é sempre a parte mais espessa da abobada do craneo, evidentemente com um fim de protecção.

O angulo postero-inferior do osso parietal, cavado pelos seios lateraes, está no mesmo plano da apophyse zygomatica, e uma pollegada atraz da apophyse mastoide.

Linhas dos seios

Uma linha traçada sobre a cabeça desde a raiz

do nariz até a protuberancia occipital corresponde ao seio longitudinal superior. Outra linha tirada da protuberancia occipital á borda anterior da apophyse mastoide corresponde ao seio lateral. O tronco da arteria meningéa media passa ao longo do angulo antero-inferior do osso parietal, cerca de uma pollegada e meia atraz e meia pollegada acima da apophyse angular externa do frontal.

As bordas anteriores das apophyses mastoides correspondem exactamente ao meio dos condylos do occipital, mostrando como se acha quasi equilibrado o craneo no tópo da columna vertebral.

6.º—A espessura media da abobada do craneo, em um adulto, é cerca de $\frac{1}{5}$ de pollegada. A parte mais espessa é a protuberancia occipital, onde é muitas vezes de $\frac{3}{4}$ de pollegada ou mais, mesmo em um craneo menos espesso. A parte mais delgada é na tempora, onde póde ser quasi tão fina como uma folha de papel pardo. Aquelles, que estão habituados a praticar autopsias, sabem quanto varia em espessura a abobada do craneo nos diversos individuos e em varias partes do mesmo craneo. Nos velhos não é muitas vezes, em algumas partes mais espesso do que um Shillin, devido a absorpção do diploe. Outro ponto impor-

Espessura
do craneo.

tante é, que o plano interno da abóbada do craneo nem sempre corresponde ao externo. D'aqui vem que na applicação do trepano, não é má a seguinte regra: «Fazei de conta que praticaes a operação no mais fino de todos os craneos e mais fino em uma metade do circulo do que na outra.»

Níveis do cerebro 7.º—O nivel inferior dos lóbos anterior e medio do cerebro correspondem a uma linha que vae da apophyse angular externa do osso frontal á parte superior do meato auditivo. Outra linha tirada do meato á protuberancia occipital corresponde ao nivel inferior do lóbo posterior. O nivel inferior do cerebello não póde ser determinado pelo exame externo. Isto depende da extensão, em que as fossas occipitaes sobresaem na região da nuca; e esta saliencia varia em differentes craneos.



FACE

8.º — A proximidade aos órgãos dos sentidos, sua expressão sempre variável, seus numerosos musculos e sua rica profusão de vasos e nervos dão á face uma grande importancia anatomica, que é do maximo alcance não só na pratica da cirurgia, como tambem na physionomia da saude e no diagnostico da molestia.

9.º — Quando um cirurgião tenha a dividir algum dos tres ramos do nervo do quinto par sobre a face, elle olha com interesse para os pontos exactos onde elles deixão os seus orificios osseos com as suas arterias correspondentes. A fenda ou orificio supra-orbitario póde ser percebido na união do terço interno com o medio da borda supra-orbitaria. D'este ponto uma linha perpendicular tirada com ligeira inclinação para fóra, de maneira que

Orificios dos
ramos do nervo
do 5.º par.

cruse o intervallo entre os dous dentes primeiros molares de ambas as maxillas, passa sobre os orificios infra-orbitario e mentoniano. A direcção d'estes dous orificios inferiores olha para o angulo do nariz.

Roldana do
musculo obliquo

10 — Comprimindo com o dedo pollegar por baixo da apophyse angular interna do osso frontal, percebe-se facilmente a roldana cartalaginosa do musculo obliquo superior. Devemos ter todo o cuidado em respeitar esta roldana em qualquer operação praticada na orbita.

Maxillar inferior

11 — O jogo do condylo do maxillar, verticalmente e de lado á lado, póde ser distinctamente percebido adiante da orelha. Estando a bôca largamente aberta, o condylo adianta-se para fóra da cavidade glenoide sobre a eminencia articular e volta á sua cavidade, quando a bôca se fecha. O musculo que produz este movimento para adiante, é o pyterigoide externo; e o seu fim é dar ao maxillar maior liberdade do movimento mastigatorio.

A borda posterior do ramo do maxillar inferior corresponde a uma linha tirada do condylo ao angulo. Na abertura dos abcessos na região parotidiana, o bisturi não deve ser introduzido atraz d'esta linha para não ferir a arteria carotida externa.

Adiante d'ella podem-se com segurança praticar puncturas a qualquer profundidade. Ellas são ás vezes necessarias, quando a inflammação da glandula parotida succede a febres eruptivas e caminha para suppuração. A inchação, tensão e dôr são muitissimo afflictivas. Em consequencia da estrutura fibrosa da glandula, o pús não se acha n'uma cavidade, porém diffuso. Uma punctura não é bastante. Trez e mais podem ser necessarias. A lamina do histori deve ser dirigida horisontalmente, de modo que tenha menos probabilidade de lesar os ramos do nervo facial. Não devemos ter por malogrado o nosso intento se não sahir pús algum. As puncturas dão allivio, e o pús exsudará no dia seguinte.

12—Uma linha tirada da base do lóbo da orelha ao meio do espaço entre o nariz e o labio superior, indica o trajecto do Conducto parotidiano conducto parotidiano e o ramo do nervo facial que suppre o bucinador. O conducto abre-se na boca defronte do segundo dente molar do maxillar superior.

13—Entre a raiz da apophyse zygomatica e da Arteria facial orelha sente-se a pulsação do tronco da arteria temporal. A arteria facial sente-se perfeitamente, quando passa sobre o corpo do maxillar na borda

anterior do masseter; e também perto do angulo da bôca proximo da membrana mucosa; e finalmente ao lado da aza do nariz até o lado interno do tendão do orbicular das palpebras. (Tendo oculi).

Segurando os labios entre o dedo pollegar e o indicador, sentem-se as arterias coronarias por baixo da membrana mucosa. A veia facial não accompanha a arteria tortuosa, porém corre em linha recta do angulo interno do olho á borda anterior do masseter logo atraz da arteria.

Palpebras 14—A abertura entre as palpebras varia de tamanho em diferentes pessoas; é por isso que a porção do globulo ocular se póde ver maior em uns do que em outros, e o olho parece maior. Ainda que os olhos humanos variem um pouco no tamanho, todavia, a differença real não é tão grande como geralmente se presume. O tamanho da abertura tem grande parte n'isto. Haja vista ao contraste com a estreita fenda elliptica das raças Chinezas e Mongolica e com a apparente pequenez de seus olhos comparados com os Europeos. Em regra, o angulo externo da palpebra é mais elevado do que o interno. Quando não é exagerado, dá á face uma expressão viva e agradavel.

Geralmente fallando, um olho saliente é *ipso*

facto myope. De outro lado, um olho chato indica ser pequeno e de refração deficiente.

Abri as palpebras para ver as glandulas de Meibomio; observai sua disposição perpendicular na substancia das cartilagens palpebraes.

As bordas livres das palpebras não são talhadas, como forão descriptas por J. L. Petit e outros anatomistas, «de modo que formem com o glóbulo do olho fechado um canal triangular para o curso das lagrimas.» Ao contrario, vê-se facilmente que as margens das palpebras, quando fechadas, ficão em perfeito contacto. Seu plano não é exactamente horisontal, porém ligeiramente inclinado para cima.

Cada vez que se fecha o olho, o glóbulo move-se para cima e para dentro, de modo que a cornea é completamente coberta pela palpebra superior. Póde se ver isto perfeitamente, levantando-se a palpebra de uma criança adormecida, e tambem nos casos de febre lenta, quando a palpebra não está completamente fechada. A razão d'este reviramento do olho para cima é evidentemente para limpar a cornea e resguardal-a da luz.

O exame cuidadoso do movimento da palpebra inferior, no acto de fechar o olho, mostra que este movimento é duplo. A palpebra é não só ligeira-

mente levantada, como tambem puchada para dentro cerca de $\frac{1}{12}$ de pollegada. O fim d'este segundo movimento é varrer quaesquer particulas de pó para o angulo interno do olho.

Pontos lacrimaes

15— Os pontos lacrimaes são distinctamente visíveis nos angulos internos das palpebras. O ponto inferior é maior e um pouco mais externo do que o superior, de modo que elles podem não se corresponder exactamente. A direcção dos pontos merece tambem ser notada. Os seus orificios olhão um pouco para traz, promptos a absorver as lagrimas. Quando é annullada a sua natural serventia como por uma paralytia facial ou por uma cicatriz perto da palpebra, as lagrimas trasbordão pela face. O comprimento dos canaes lacrimaes é de tres á quatro linhas. O inferior é um pouco mais curto e mais largo do que o superior. Como ambos fazem um pequeno angulo no seu trajecto logo depois de seus orificios, as palpebras devem ser puchadas para fóra para indireital-os, quando por elles se tenha de passar uma tenta.

Saco lacrimal

16— Para achar o sacco lacrimal, puchão-se para fóra as palpebras para distender o tendão do orbicular das palpebras, que crusa o sacco um pouco acima de sua parte media. Um bistori intro-

duzido logo abaixo do tendão junto a borda da orbita, entrará no saco. A arteria e veia angulares devem estar no lado externo da incissão. Uma tenta dirigida em linha com a borda interna da orbita, isto é, para baixo, para fóra e para traz, deve atravessar o canal nasal e sahir no meato inferior do nariz.

O tendão do orbicular preenche muitos fins, além de dar inserção ás cartilagens e musculos das palpebras. Um dos fins dizem ser, absorver as lagrimas para dentro do saco lagrimal. Collocai um dedo sobre o tendão e sentireis que elle se distende todas as vezes que as palpebras se fechão. O tendão sendo intimamente unido com o saco, á proporção que se distende, pucha a parede do saco para fóra e por adiante, e assim póde absorver ao longo dos canaes lacrimaes qualquer liquido accumulado no angulo da olho.

17 — O canal nasal é de seis á oito linhas de comprimento e é mais estreito no meio de seu trajecto. Sua terminação no meato inferior está situada por baixo do *cartucho* inferior, cerca de um quarto de pollegada atraz da margem ossea da narina. O aspecto do orificio no osso secco não dá ideia de seu tamanho e sua fórma durante a

Canal nasal

vida, ⁽⁴⁾ porquanto está diminuído por uma dobra valvular da membrana mucosa, de tal fôrma que, em muitos casos, é uma simples fenda, que não passa de uma linha de diametro.

A facilidade com que os instrumentos podem ser introduzidos na abertura nasal do conducto depende da sua posição assim como do seu tamanho. Esta posição varia em diferentes casos. Algumas vezes abre-se directamente na abobada do meato inferior, n'este caso o orificio é largo e redondo, de maneira que as lagrimas cahem promptamente no nariz. Outras vezés a abertura está situada na parede externa do meato, e então é sempre uma fenda de tal modo estreita, que difficilmente se percebe. A conclusão pratica portanto é, que uma tenta póde ser facilmente introduzida, quando a abertura é na abobada do meato, porem não sem difficuldade e roptura da membrana mucosa, quando situada na parede externa. Esta difficuldade, com effeito, póde ser augmentada pela estreiteza do meato, proveniente de uma curva extraordinaria do *cartucho*.

(4) Alludido por Morgagni, adv. Anat, xli.

18 — A linha, onde as cartilagens do nariz se inserem aos ossos nasal e maxillar superior, póde ser traçada com exactidão. A intima relação da pelle com as cartilagens não permite distensão alguma; d'ahi a dôr aguda que se sente nas erysi-pelas e furuncullos do nariz. A abertura externa do nariz está sempre situada um pouco mais baixo do que o pavimento da narina, de maneira, que o nariz deve ser puchado para cima para podermos examinar as suas cavidades. Nariz

Olhando para dentro das narinas achamos que a esquerda, na maioria dos casos, é mais apertada do que a direita, em consequencia da inclinação do septo para a esquerda. Algumas vezes existe uma communição entre ellas atravez de um orificio no septo, como se dava no celebre anatomista «Hildebrandt.» Dilatando as azas nazaes, podemos ver a extremidade do *cartucho* inferior. O *cartucho* medio não póde ser visto: sua união com o ethymoide é muito em cima, quasi defronte do tendão do orbicular das palpebras. As cavidades são tão apertadas transversalmente pelos *cartuchos*, que na extracção dos polypos é melhor abrir os ramos das pinças perpendicularmente e perto do septo. Narina

Bôca **19** — O que é que se pôde ver e apalpar pela bôca? A superfície superior da lingua, « *speculum primarum vicarum* » é por si só um estudo. Na superfície inferior vemos um sulco mediano, em cada lado do qual sobresahe a veia ranina, situada sobre as fibras prominentes do musculo lingual. No pavimento da bôca está o freio da linguã na linha media com os orificios dos conductos das glandulas sub-maxillares em cada lado d'elle. As proprias glandulas podem ser apalradas immediatamente abaixo da membrana mucosa.

Podemos apalpar a inserção dos genio-hyo-glossos por detraç da symphysis do maxillar. A divisão d'esta inserção pôde habilitar ao cirurgião a puchar a lingua mais livremente para fóra da bôca em qualquer tentatiza de extirpação de carcinoma, que se estenda posteriormente para a raiz da lingua.

Ha grande differença na fórmula da abobada palatina; esta differença depende da altura das arcadas alveolares. Em uns fórmão um elegante e largo arco; em outros é contrahida, e ergue-se quasi em ponta como um arco gothico e prejudica materialmente o tom da voz.

Garganta Para bem examinarmos a garganta, o nariz

deve ser seguro de fôrma que obrigue a respiração a fazer-se pela bôca. Assim o véo do paladar se levantará, as arcadas palatinas ficarão afastadas, e as amygdalas e a parte posterior de pharynge serão patentes.

Deprimi a lingua para baixo, comtanto que isto seja feito brandamente, é tambem vantajoso. Tratada bruscamente a lingua offerecerá resistencia.

Introduzi o dedo na bôca e procurai sentir a borda anterior da apophyse coronoide do maxillar. No lado interno d'esta apophyse entre ella e a tuberosidade de maxillar superior ha um recanto, onde um abcesso temporal profundamente situado póde abrir-se ou ser aberto. No lado interno do ultimo dente molar de maxillar superior podemos perceber distinctamente as apophyses *pyterigoides* do esphenoide, e tambem a parte inferior da fossa pterygoidéa, e a lamina pterygoidéa interna. Por detraz e ao lado externo do ultimo dente molar podem ser sentidos em parte o lado posterior do antro e a porção inferior da lamina pterygoidéa externa.

Quando a bôca está largamente aberta, o ligamento pterygo-maxillar formã uma dobra saliente,

facilmente vista e sentida immediatamente por baixo da membrana mucosa. Um pouco abaixo da inserção d'este ligamento ao maxillar inferior podemos facilmente sentir o nervo *glosso-pharyngéo*, quando elle passa junto ao osso abaixo do ultimo dente molar. A exacta posição do nervo póde cada um verificar em si proprio pela dor aguda á pressão. A divisão do nervo, facilmente effectuada por uma pequena incisão no logar appropriado, dá muito alivio, temporario nos casos adiantados de carcinoma da lingua.

Para alimentar um doente no caso de aperto espasmodico do maxillar, é bom saber, que existe um espaço sufficiente para a passagem de um pequeno tubo por detraz dos ultimos dentes molares.

Levantai o labio superior e examinai a parede anterior do antro. O logar appropriado para penetrar n'elle com um trocate, é acima do segundo dente molar, cerca de uma pollegada acima da gengiva.

Narinas
posteriores

20—O dedo do cirurgião deve estar familiarizado com o toque dos narinas posteriores, e de tudo que lhe ficar ao alcance atraz do véo do paladar. Isto é importante em relação á inserção

d'um polypo, para tapar as ventas e para o tamanho appropriado do tampão.

No exame d'esta região da parte posterior da garganta é necessario inclinar bem a cabeça para traz, visto que, n'esta posição, quasi todo pharyngé em frente á apophyse basilar desce abaixo do nivel da abobada palatina, e póde ser visto e apalpado. Mas quando a cabeça está em posição horizontal, isto é, em angulo recto com a columna vertebral, e a abobada palatina está ao nivel da margem dó buraco occipital, a apophyse basilar occulta-se á vista.

Estando pois a cabeça bem inclinada para traz, introduzi o indicador por detraz do véo do paladar, e voltai-o para a base do craneo. Sentireis a tensão forte do constrictor superior. Encurvando-se bem o dedo para adiante, podereis sentir o contorno das narinas posteriores. O tamanho d'estas depende do das anteriores, porém raramente excede de uma pollegada no maior diametro e meia pollegada no menor. O tampão para as narinas posteriores não deverá ser maior do que isto. Seo plano não é perpendicular, porém inclina-se um pouco para adiante. Podereis sentir o septo for-

mado pelo vomer e também a extremidade posterior do conducto inferior em cada venta.

Amygdalas

21—Antes de deixar a garganta, reparaí bem na posição das amygdalas entre as meias arcadas anterior e posterior do véo do paladar. No estado de saúde ellas não deverão exceder o nível d'estas arcadas. Em todas as operações nas amygdalas devemos lembrar-nos da proxima visinhança da arteria carotida interna pelo lado externo. Nada ha de permeio a não ser a aponevrose pharyngéa e o constrictor superior do pharynge. D'ahi a regra, nas operações das amygdalas, de virar sempre a ponta do histori para dentro.

Em caso de hemorrhagia seria das amygdalas, consecutivamente á uma incisão, é bom saber-se, que ellas são accessiveis á compressão, sendo precisa, por meio de uma haste guarnecida ou ainda pelo dedo.

Feições

22—Algumas palavras acerca das linhas da face como indicadores da expressão. Todos pagão um tributo inconsciente ao estudo da physionomia, quando analysando as feições de um estranho, tirão conclusões á respeito da sua intelligencia, disposição e character. Sem discutir quanto na realidade val a physionomia, não ha duvida de que é

um engano collocal-a a par da phrenologia, visto carecer esta ultima d'aquella solida base da physiologia que ninguem póde negar á primeira.

Os musculos das feições são geralmente descriptos como tendo origem na estrutura ossea da face, e como inseridos no nariz, commissuras da bôca e labios. Mas isto dá uma idéa muito insufficiente de suas verdadeiras inserções. Elles lanção em toda sua extensão fibras para a pelle, de maneira que existe difficilmente um ponto da face que não tenha a sua pequena fibra para movel-a. A reproducção habitual de bons ou máos pensamentos, a pratica de certos modos de vida põem em acção series correspondentes de musculos, que produzindo dobras ou rugas dão um cunho permanente ás feições, e fallão uma linguagem que todos podem entender, e que raramente engana. Schiller exprime muito bem isto quando diz « que é uma prova admiravel da sabedoria infinita, que o que é nobre e benevolo embelleza o rosto humano; o que é baixo e odioso imprime-lhe uma expressão revoltante.

PESCOÇO

23— Notemos em primeiro lugar a direcção das Veias subcutaneas; veias subcutaneas. A veia subcutanea principal é a jugular externa. Seu trajecto corresponde a uma linha tirada do angulo do maxillar ao meio da clavicula, onde ella se abre na subclavea. Podemos tornal-a mais saliente pondo em acção o sternomastoidéo e comprimindo a fossa subclavea. Excepcionalmente conflue n'ella um ramo que corre sobre a clavicula, e se chama jugocephalico. A jugular anterior geralmente caminha ao longo da borda anterior do sternomastoidéo.

24— Immediatamente abaixo e quasi ao nivel do Partes na linha media maxillar inferior podemos sentir o corpo do osso hyóide e traçar para traz de cada lado todo o comprimento dos respectivos cornos. Estes podem facilmente ser fracturados no acto de estrangulação.

Abaixo do corpo do osso hyóide existe um vão acima da cartilagem thyróide. Este vão corresponde ao ligamento thyro-hyoidiano anterior e ao vertice da epiglote; de modo que em casos de golpes n'este logar no pescoço quasi toda epiglote fica acima da ferida. A projecção e a profundidade da chanfradura da cartilagem thyróide ou «o pomo de Adão», varia em saliência nas diferentes pessoas. Entre a chanfradura e o osso hyóide existe uma grande bolsa para facilitar o jogo da cartilagem por baixo do osso na deglutição. A chanfradura não apparece antes da puberdade, e é durante toda vida muito menos distincta na mulher do que no homem. O dedo póde seguir as bordas superiores e os cornos da cartilagem thyróide; seus cornos inferiores pódem ser sentidos ao lado da cartilagem cricóide.

Em cada lado da cartilagem thyróide podemos reconhecer os lóbos lateraes da glandula thyróide. Na parte antero-superior da glandula podemos distinctamente perceber a pulsação da arteria thyroidéa superior. Esta pulsação, juntamente com o facto de que a glandula sobe e desce com o larynge na deglutição, é a melhor distincção entre um bronchocele e outros semelhantes a elle.

Por baixo do angulo da cartilagem thyroíde sentimos o intervallo entre ella e a cricóide, o qual é occupado pela membrana crico-thyroídeá. Na laryngotomia cortamos esta membrana transversalmente junto da borda superior da cartilagem cricóide, afim de que a incisão possa ficar o mais longe possivel da inserção das cordas vocaes.

25 — A projecção da cartilagem cricóide é um ponto de grande importancia para o cirurgião, porque é a sua principal guia na abertura das vias aereas, e póde ser sentida até nas crianças por mais tenras ou gordas que sejam.

Cartilagem
cricóide

Ella corresponde a quinta vertebra-cervical. O começo do esóphago encontra-se par detraz d'ella; aqui, portanto, se alojaria provavelmente um corpo estranho demasiadamente volumoso para ser engolido, e poderia ser percebido externalmente.

Outrosim, uma linha transversa tirada da cartilagem cricóide atravez do pescoço passaria sobre o ponto, onde o omo-hyóide crusa a carotida primitiva. Logo acima d'este ponto é o lugar mais conveniente para ligadura da arteria.

26 — Quem não tiver attendido á este assumpto, mal saberão quão pequena distancia existe entre a cartilagem cricóide e a parte superior do sterno.

N^o uma pessoa de mediana altura assentada com o pescoço em uma posição folgada, a distancia anda por uma pollegada e meia. Quando o pescoço estendido, ganha-se mais cerca de tres quartos de pollegada ou mais. De modo que geralmente não temos mais do que sete ou oito aneis da trachéa acima do sterno. Nenhum d'estes aneis póde ser sentido externamente. O segundo, terceiro e quarto são cobertos pelo isthmo da glandula thyroide. A trachéa, convem lembrar, recúa cada vez mais da superficie a proporção que desce, de modo que logo acima do sterno, em um pescoço curto e gordo de um adulto, a parte anterior da trachéa deve estar a uma pollegada e meia distante da pelle.

Trachéa

27—N^o um cadáver nada é mais facil de que abrir a trachéa, mas no vivo não ha operação que possa ser acompanhada de maiores difficuldades. Em caso de dyspnéa urgente deveis esperar ver o doenté com a cabeça inclinada para adiante, e o mento pendido para afrouxar tanto quanto for possível as partes. Levantando-lhe a cabeça, é quasi certo sobrevir um ataque de dyspnéa ameaçando-o de suffocação instantanea. Os musculos elevadores e abaixadores puchão a trachéa e o larynge para cima e para baixo com uma rapidez e uma força,

que podem trazer a cartilagem cricóide até meia pollegada do sternó. As grandes veias thyroideás, que descem adiante da trachéa, devem com certeza estar distendidas. Póde existir uma arteria thyroideá media.

Nas crianças os dous lóbos do thymus pódem elevar-se na parte anterior da trachéa até a glandula thyroide, de modo que toda extensão do tubo aereo póde estar coberta por partes importantes, que devem ser respeitadas. Considerando todas estas complicações possiveis, o processo menos difficil é abrir a trachéa logo abaixo da cartilagem cricóide, e sendo necessario maior espaço, dividir-se a propria cartilagem cricóide.

28 — O musculo sterno-mastoidéo é uma grande demarcação cirurgica do pescoço.

Musculo
sterno-mastoidéo

Sobresahe em grande relevo, quando a cabeça se volta para o hombro opposto. Sua borda interna sobrepõe-se a carotida primitiva, a qual póde ser facilmente comprimida por pouco tempo de encontro á columna cervical, perto do nivel da cartilagem cricóide. O trajecto exacto da arteria corresponde a uma linha tirada da articulação sterno-clavicular até o meio do espaço entre o angulo do maxillar e a apophyse mastoide.

Entre as inserções sternaes do sterno-mastoidéo está a fossa supra-sternal mais ou menos visível em diferentes pescoços.

Como ella sobe e desce, especialmente nas respirações angustiadas, chamarão-lhe os antigos anatomistas «fonticulus gutturis». Nos bellos pescoços, como se vê na Venus, está cheia por tecido adiposo.

Observai o intervallo entre as origens sternal e clavicular do sterno-mastoidéo. O bisturi introduzido mui pouco abaixo d'este intervallo deverá ferir, inclinndo-se para fóra, a corotidá primitiva, e para dentro, a veia jugular interna. Estes factos são importantes no executar a secção subcutanea do tendão d'este musculo.

Articulação
sterno-clavicular

29 — Muitas partes importantes se achão atraz da articulação sterno-clavicular. Ahi está o começo da veia innominada; por detraz d'esta achase a divisão da arteria innominada á direita, e a carotida primitiva á esquerda. Mais atraz ainda o vertice da pleura e do pulmão eleva-se até o pescoço.

N'uma criança de cinco annos de idade, por exemplo, está muitas vezes a arteria innominada adiante da trachéa, e divide-se um pouco acima

da articulação; ponto que convem lembrar na tracheotomia.

30— A extensão á que o vertice do pulmão ^{Vertice do pulmão no pescoço} eleva-se no pescoço, é maior do que geralmente se suppõe. Muitas observações em relação á este ponto levão a concluir, que o pulmão ergue-se atrás do sterno-mastoidéo, termo medio uma pollegada e meia acima da clavicula; em pessoas de pescoço comprido até duas pollegadas. O vertice do pulmão, e da pleura é coberto pela inserção clavicular do sterno-mastoidéo, o sterno-thyroidé, e parte do scaleno anterior. E' tambem crusado pelos vasos subclavios na primeira parte de seu trajecto. Como esta porção cervical do pulmão é particularmente sujeita á tuberculose, deve ser examinada com todo cuidado. O seu estado póde verificar-se pela percussão sobre a clavicula.

31— A cavidade acima da clavicula, entre o ^{Fossa supra-clavicular} sterno-mastoidéo e o trapesio, é muito manifesta na magresa e na velhice. Observai ahi a terminação da veia jugular externa. Em alguns pescoços é visivel apenas uma pequena depressão, particularmente quando o trapesio tem uma larga inserção na clavicula e vem muito para adiante, de maneira

que sua borda anterior dá um gracioso contorno á base do pescoço:

Arteria
subclavia

32 — Nesta depressão, perto da borda do sterno-mastoidéo, sentimos a pulsação da arteria subclavia. Aqui a arteria está situada sobre a primeira costella e póde ser efficaçmente comprimida. Porem a compressão deve ser feita na direcção appropriada, ao contrario a arteria será deslocada de sobre a costella, em vez de comprimir de encontro á ella. O plano da costella é tal, que a compressão para ser efficaç deve fazer-se para baixo e um tanto para dentro. E' mais conveniente estar por detraz do hombro, e fazer a compressão com o pollegar.

E' bom lembrar, que a borda externa do sterno-mastoidéo corresponde quasi com a borda externa do scaleno anterior, que é a guia cirúrgica para a arteria subclavia.

Comprimindo profundamente na parte superior da fossa supra-clavicular, póde se perfeitamente distinguir a apophyse transversa da setima vertebra cervical.

Nos pescoços longos e finos percebe-se um cordão delgado, que corre quasi paralelo com a clavícula logo acima d'ella. E' o ventre posterior

do omo-hyóide; o vereis subir e descer na respiração e distender durante a inspiração a parte da fascia cervical, que jaz sobre a porção cervical do pulmão. Assim póde-se consideral-o á todos os respeitos como um musculo da inspiração, coopecador do sterno-mastoidéo e dos scalenos. Em linguagem de anatomia transcendente podemos dizer que o tendão central do omo-hyóide representa uma costella cervical rudimentar. Seu ventre posterior é analogo a uma digitação do grande dentado; o anterior ao sterno-hyóide.



PEITO

33—Em regra, a metade direita do peito é maior do que a esquerda. De noventa e duas pessoas do sexo masculino e de boa constituição, setenta e uma tinham o lado direito maior; e onze o esquerdo; dez tinham ambos os lados eguaes. O maximo da differença em favor do lado direito era de uma pollegada e um quarto. As medições foram feitas ao nivel do mamillo.

34—O peito na mulher differe do do homem nos pontos seguintes: capacidade geral menor; o sterno mais curto; a abertura superior em proporção maior do que a inferior; as costellas superiores são mais moveis, e permitem portanto maior amplitude da caixa thoracica em sua parte superior na accommodação necessitada pela prenhez.

Particularidade
na mulher

35 — A base do sterno está ao nível da segunda vertebra dorsal; o espaço deixado entre a base do sterno e a espinha é de pouco mais de duas pollegadas.

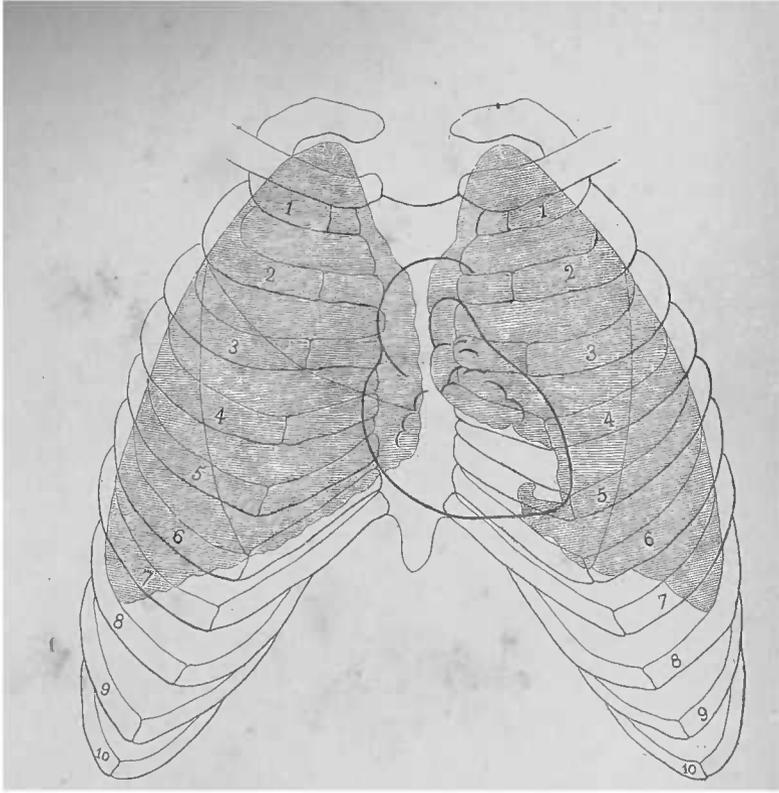
Partes na parte
posterior da
primeira peça
do sterno

36 — Pouco ou nada do pulmão existe por detraz da primeira peça do sterno, sendo o espaço occupado pela trachéa e grandes vasos, do seguinte modo :

A veia innominada esquerda crusa o sterno logo abaixo da borda superior. Depois seguem-se os grandes ramos primarios da crossa da aorta. Mais profundamente ainda, está a trachéa dividindo-se em dous bronchios defronte da união da primeira com a segunda peça do sterno. Mais profundamente de tudo, está o esophago.

Cerca de uma pollegada da borda superior do sterno, está a parte mais alta da grossa da aorta, que jaz sobre a bifurcação da trachéa.

37 — O trajecto da arteria innominada corresponde a uma linha tirada do meio da junção da primeira com a segunda peça do sterno á articulação sterno-clavicular direita. Quando a arteria sobe mais para o pescoço do que o ordinario; sua pulsação póde ser sentida na fossa supra-sternal.



*Desenho do coração, suas valvulas e
dos pulmões.*

L. A. Teixeira 2º

38—Nas pessoas gordas é muitas vezes difficil contar as costellas; por isso as regras seguintes Regras para contar as costellas. podem ser proveitosas.

a. Procurai e marcai a projecção transversa diminuta, mas sempre sensível, na união da primeira com a segunda peça do sterno. Esta projecção corresponde com o nível da cartilagem da segunda costella.

b. O mamillo no homem está collocado, na grande maioria dos casos, entre a quarta e quinta costella, cerca de tres quartos de pollégada para fóra das suas cartilagens.

c. A borda external inferior do grande peitoral corresponde a direcção da quinta costella.

d. Uma linha tirada horisontalmente do mamillo ao redor da caixa thoracica corta o sexto espaço intercostal a meia distancia entre o sterno e a espinha. E' util esta regra na thoracentese.

e. Quando se levanta o braço, a primeira digitação visível do grande dentado corresponde a sexta costella. As tres digitações inferiores visíveis correspondem respectivamente a septima, oitava, e nona castellas.

f. O omaplata cobre as costellas desde a segunda até a setima inclusive.

g. A undecima e duodecima costellas podem sentir-se, até em pessoas corpulentas, para fóra do sacro-lombar inclinadas para baixo.

Espaço abaixo
da clavicula

39—Immediatamente abaixo da clavicula, reconhece-se o espaço triangular entre o grande peitoral e o deltoide. Este espaço varia em diferentes casos conforme a distancia entre os musculos. Elle é importante como guia para a apophyse coracóide e a arteria axillar. N'um caso de lesão da espadua, para verificar-se se a apophyse coracóide está fracturada, leva-se o braço para fóra para pôr os musculos deltoide e peitoral em extensão, e tornar manifesto o espaço entre suas bordas oppostas. Comprimindo com o pollegar n'este espaço, podemos sentir o lado interno de apophyse coracóide, estando o vertice por baixo das fibras do deltoide; assim é facil determinar, se ella está fracturada. Além d'isso, este espaço corresponde com a linha da arteria axillar; sua pulsação póde ser ahi distinctamente sentida e comprimida de encontro á segunda costella.

Arteria mamaria
interna

40—A linha da arteria mamaria interna passa perpendicularmente por detraz das cartilagens costaes, cerca de meia pollegada distante do

sterno. O ramo perfurante através do espaço intercostal é geralmente o maior.

41 — Para ter uma ideia geral da forma e posição do coração, debuxai o seu contorno sobre a parede da caixa thoracica, da forma seguinte:

Limites
do coração
na parede
da caixa
thoracica

a. Para achar a base, de onde nascem os grandes vasos, traçai uma linha transversa perto do sterno sobre a borda superior da junção com a terceira costella; continuai a linha, meia pollegada para a direita do sterno e uma para a esquerda.

b. Para achar o vertice, marcai um ponto cerca de duas pollegadas abaixo de mamillo esquerdo e uma pollegada para o seu lado sternal. Este ponto deve estar entre a quinta e sexta costellas.

c. Para achar a borda inferior que descança sobre o tendão central do diaphragma, tirai uma linha ligeiramente curva para baixo, desde o vertice através da extremidade do sterno (não do appendice xiphoide) até a sua borda direita.

d. Para demarcar a borda direita formada pela auricula direita, continuai a ultima linha para cima com uma curva para fóra, de maneira que se ajunte á extremidade direita da base.

e. Para demarcar a borda esquerda formada pelo ventriculo esquerdo, tirai uma linha curva para a

esquerda, porém não incluindo o mamillo, desde a extremidade esquerda da base até o vertice.

Semelhante contorno (visto na estampa com os angulos arredondados) mostra que o vertice do coração aponta para baixo e para o lado esquerdo; a base um tanto para cima e para a direita; que a maior parte d'elle está situada na metade esquerda do peito, e que a unica porção, que está situada á direita do sterno, é a auricula direita. Uma agulha introduzida no terceiro, quarto ou quinto espaço intercostal direito, junto ao sterno, penetrará o pulmão e a auricula direita.

Uma agulha introduzida no segundo espaço intercostal, proximo ao lado direito do sterno, depois de passar atravez do pulmão, entrará no pericardio e na parte mais prominente da grossa da aorta.

Uma agulha introduzida no primeiro espaço intercostal, proximo ao lado direito do sterno, atravessará o pulmão e penetrará a veia cava superior acima do pericardio.

42 — A melhor definição d'esta parte da região precordial, que é a menos resonante pela percussão, foi dada pelo Dr. Latham, ha annos nas suas lições clinicas. «Traçai um circulo de duas pol-

legadas de diametro em redor de um ponto a meia distancia entre o mamillo e a extremidade do sterno. Este circulo limitará sufficientemente para todos os fins praticos aquella parte do coração, que jaz immediatamente por detraz da parede do thorax, e não é coberta pelo pulmão nem pela pleura.

O vertice do coração pulsa entre a quinta e sexta costellas, duas pollegadas abaixo do mamillo e uma ao lado sternál d'este. Comtudo, o lugar e extensão do impulso cardiaco varião alguma cousa com a posição do corpo. D'isto qualquer se póde convencer inclinando-se para adiante, para traz, para um lado e para outro, apalpando ao mesmo tempo o coração. A inspiração e a expiração tam-bem alterão a posição do coração. N'uma inspira-ção profunda elle póde descer meia pollegada e póde sentir-se batendo no epigastrio.

43 — As valvulas aorticas estão por detraz do terceiro espaço intercostal, junto ao lado esquerdo do sterno.

As valvulas pulmonares estão na frente das aorticas, por detraz da união da terceira costella com o sterno no lado esquerdo.

As valvulas tricuspides estão situadas por detraz

do meio do esterno, perto do nível da quarta cartilagem costal.

As valvulas mitraes estão por detraz do terceiro espaço intercostal, cerca de uma pollegada para o lado esquerdo do esterno.

Assim estas valvulas estão de tal fôrma situadas, que a bôca do *stethosco* de tamanho ordinario cobrirá uma porção de todas ellas; se fôr collocado sobre a junção do terceiro espaço intercostal com o esterno sobre o lado esquerdo. Todas são cobertas por uma fina camada do pulmão; é por isso, que ouvimos melhor os seus ruidos, quando a respiração é momentaneamente suspensa.

Contorno
do pulmão

44 — Tracemos agora sobre a caixa thoracica o contorno dos pulmões com tanta exactidão, quanto sua expansão e contracção no acto respiratorio nos possam permittir. (Veja-se a estampa).

45 — O vertice de cada pulmão eleva-se para o pescoço, por detraz da extremidade sternal da clavicula e do musculo sterno mostoidéo até uma pollegada e meia nas mulheres, um pouco mais do que nos homens (30). Os pulmões convergem das extremidades sternaes das claviculas, de maneira que suas bordas agudas quasi que se encontram na linha media, ao nível da segunda cartilagem costal.

Assim há pouco ou nada de pulmão atrás da primeira peça do esterno. Do nível da segunda cartilagem costal ao nível da quarta, as margens dos pulmões caminham paralelas ou quasi paralelas logo por detrás do meio do esterno. Consequentemente suas bordas agudas sobrepõem-se sobre os grandes vasos na base do coração. Abaixo do nível da quarta cartilagem costal, as margens dos pulmões divergem, porém não no mesmo gráo. A margem do pulmão direito corresponde a direcção da cartilagem da sexta costella; a margem do pulmão esquerdo, sendo chanfrada pelo coração, passa por detrás da cartilagem da quarta costella. Uma linha tirada perpendicularmente do mamillo encontrará a margem pulmonar sobre a parte inferior da sexta costella; lateralmente, isto é, na linha axillar, a margem do pulmão desce até a oitava costella; posteriormente, isto é, na linha dorsal ou escapular, desce até a decima.

Convém lembrar que, na inspiração profunda, as margens pulmonares descem cerca de uma pollegada e meia.

Nas crianças os pulmões são separados adiante pela glandula « thymus ». Convém levar isto em

conta. Ao approximar-se a puberdade, desaparece o thymus.

Mediastino anterior

46 — A direcção do mediastino anterior não é recta pelo meio do sterno abaixo, porém pende um pouco para a esquerda por causa da posição do coração. O sacco pleural direito geralmente invade um pouco o esquerdo atraz do meio do sterno. Uma agulha introduzida ahi, na maioria dos casos, atravessaria a pleura direita.

Reflexão da pleura

47 — A reflexão da pleura da parede da caixa thoracica sobre o diaphragma corresponde a uma linha obliqua tirada desde a extremidade inferior do sterno, sobre as cartilagens das costellas, até a borda inferior da ultima costella.

Visto que a pleura reveste a face interna da ultima costella, uma bala de fuzil, (ou outro corpo extranho) solta no sacco pleural e rolando sobre o diaphragma, poderia cahir na parte mais baixa do sacco, que seria entre a undecima e duodecima costellas. Ahi poderia ser extrahida. A thoracentese tambem pode ser praticada ahi, porém não com um trocate, pois que este penetraria ambas as folhas da pleura e iria atravessar o diaphragma e entrar no abdomen.

A operação deverá ser feita mui cautelosamente,

por meio de uma incisão que comece, cerca de duas pollegadas para fóra da espinha na borda externa de sacro-lombar, no nível entre as áphophyses espinhosas da undécima e duodecima vertebrae dorsaes. A arteria intercostal não será ferida, se a abertura for feita abaixo do meio do espaço, que é muito largo (1).

(1) Sobre este assumpto forão feitos, ha muitos annos, experiencias especiaes pelo professor Quekett nos gabinetes de trabalho do collegio de cirurgiões.

COSTAS

48 — N'um homem musculoso existe um rego, Sulco mediano que desce pelo meio das costas, produzido pela elevação do sacro-lombar de cada lado. O fim do sulco corresponde ao intervallo entre a apophyse espinhosa da ultima vertebra lombar e a da primeira sacra, que é ordinariamente pequena.

49 — Uma leve fricção com os dedos pela espinha abaixo, determinará sobre as apophyses Apophyses espinhosas das vertebrae espinhosas das vertebrae manchas vermelhas, de modo que ellas podem ser facilmente contadas e reconhecido qualquer desvio da linha recta.

Demais convem lembrar ainda, que a apophyse espinhosa da terceira vertebra dorsal está ao nivel do começo da espinha do omoplata; a apophyse espinhosa da setima dorsal ao nivel do angulo in-

ferior do omoplata; a apophyse espinhosa da última dorsal ao nível da cabeça da última costella.

Do lado opposto á apophyse da terceira e algumas vezes da quarta vertebra dorsal, está a divisão da trachéa. Anteriormente esta divisão está ao nível da junção da primeira com a segunda peça do sterno.

A raiz da espinha do omoplata é marcada por uma ligeira cova na pelle. Está ao nível do terceiro espaço intercostal. Um stethoscopo collocado no lado interno d'esta cova corresponde ao bronchio, mais particularmente ao direito, que está mais proximo da parede thoracica.

50—O lugar onde o rin é mais accessivel á pressão, é por baixo da ultima costella na borda externa do sacro-lombar.

51—A melhor incisão para abrir o colon descendente, é n'uma linha ligeiramente obliqua, começando na borda externa do sacro-lombar a meia distancia entre a crista do ileon e a ultima costella, e continuada atravez do flanco por tres pollegadas ou mais, segundo a quantidade do tecido gorduroso subcutaneo.

52—No sulco da nuca (vulgarmente a *cova do ladrão*) podemos sentir o trapesio e o ligamento

cervical posterior. Comprimindo profundamente, descobrimos a apophyse espinhosa prominente e bifurcada da segunda vertebra cervical.

53 — As apophyses espinhosas da terceira, quarta e quinta vertebbras cervicaes afastão-se da superficie para permittir a livre extensão do pescoço e muitas vezes não podem ser percebidas. Porem as apophyses espinhosas da sexta e setima (prominente) são bem salientes.

54 — Observai que a maior parte das apophyses espinhosas das vertebbras dorsaes, em consequencia de sua obliquidade, não correspondem as cabeças das suas respectivas costellas. Assim, a apophyse espinhosa da segunda vertebra dorsal corresponde a cabeça da terceira costella; a apophyse espinhosa da terceira vertebra dorsal com a cabeça da quarta costella, e assim por diante até chegarmos á undecima e duodecima vertebbras dorsaes, que correspondem as suas costellas respectivas. Tudo isto, porem, melhor se vê no esqueleto.

55 — As apophyses espinhosas das vertebbras podem ser uteis como balizas indicadoras dos niveis de órgãos importantes; eu as tinha consequentemente distribuido em uma forma tabular, como se vê na pagina seguinte.

- | | | |
|----------|---|---|
| Cervicæ | } | 7. ^a Vertice do pulmão; mais alto na mulher do que no homem. |
| | | 1. ^a |
| | | 2. ^a |
| | | 3. ^a Aorta toca á columna vertebral. Vertice do lóbo inferior do pulmão. |
| | | 4. ^a Fim da grossa da aorta. Augulo de bifurcação da trachéa; nível superior do coração. |
| | | 5. ^a |
| | | 6. ^a |
| | | 7. ^a |
| Dorsales | } | 8. ^a Nível inferior do coração. Tendão central do diaphragma. |
| | | 9. ^a Esophago e veia cava atravez do diaphragma. Extremidade superior do baço. |
| | | 10. ^a Margem inferior do pulmão. O figado chega a superficie posteriormente. Orificio cardiaco do estomago. |
| | | 11. ^a Borda inferior do baço. Capsula renal. |
| | | 12. ^a Parte mais baixa da pleura; aorta atravez do diaphragma. Pyloro. |
| Lumbares | } | 1. ^a Arterias renaes. Bassinete do rin. |
| | | 2. ^a Terminação da medulla espinhal. Pâncreas, duodeno logo abaixo. Cisterna de Pecquet, (Receptaculum chili.) |
| | | 3. ^a Umbigo. Borda inferior do rin. |
| | | 4. ^a Divisão da aorta. |
| | | 5. ^a |

56— Convem saber defronte de que vertebrae, os nervos espinhaes nascem em differentes regiões da medulla espinhal. Elles nascem como se segue:

Origens
dos nervos
espinhaes

As origens dos oito nervos cervicaes correspondem ao intervallo entre o occiput e a apophyse espinhosa da sexta vertebra-cervical.

As origens dos primeiros seis nervos dorsaes correspondem ao intervallo entre a sexta apophyse espinhosa cervical e a quarta dorsal.

As origens dos seis nervos dorsaes inferiores correspondem ao intervallo entre as apophyses espinhosas da quarta e undecima vertebrae dorsaes.

As origens dos cinco nervos lombares correspondem ao intervallo entre a undecima e duodecima apophyses espinhosas dorsaes.

As origens dos cinco nervos sacros correspondem as apophyses espinhosas da ultima vertebra dorsal e a da primeira lombar.

57— Os movimentos, de que é susceptivel a columna vertebral, são tres: 1º Flexão e extensão; 2º inclinação lateral; 3º torsão.

Movimentos
da columna
vertebral

A flexão e a extensão são mais livres entre a terceira e setima vertebrae cervicaes, entre a setima dorsal e a segunda lombar, entre a ultima lombar e sacro. Isto é bem patente nos casos

graves de opisthotonos, nos quaes o corpo se sustenta sobre a parte posterior da cabeça e os calcaneares. (1)

Isto se pôde observar ainda melhor, quando um acrobata se curva para traz e toca no chão com a cabeça.

O movimento lateral mais livre é no pescoço e nos lombos.

O movimento de torsão ou rotação sobre seu eixo pôde ser demonstrado pela experiencia seguinte :

Assentados perpendicularmente com as costas e hombros bem apoiados ao encosto de uma cadeira, podemos voltar a cabeça e o pescoço até 70°. Curvando-nos para diante até pôr em jogo as vertebraes dorsaes e lombares, podemos voltar 30° mais.

Posição
e movimentos
do omoplata

58— Ha alguns pontos dignos de observação á respeito do omoplata. Elle cobre as costellas desde a segunda até a setima inclusive. Podemos sentir o seu angulo superior coberto pelo trapesio. O angulo inferior está coberto pelo grande dorsal, que

==

(1) Veja-se um bello exemplo d'isto na «Anatomia da Expressão» de Sir. C. Bell. pag. 160.

o conserva bem applicado de encontro as costellas nos individuos fortes e athleticos ; porem nas pessoas fracas e tisticas os angulos inferiores do omoplata projectão como asas; d'ahi os termos « *scapulae alatae*. »

Uma linha tirada horisontalmente desde a apophyse espinhosa da sexta vertebra dorsal sobre o angulo inferior do omoplata, mostra a borda superior do grande dorsal. Outra linha tirada da raiz da espinha do omoplata até a apophyse espinhosa da ultima vertebra dorsal, mostra a borda inferior do trapesio, que fica um pouco mais em relevo.

59— O movimento de escorregamento do omoplata sobre a caixa thoracica melhor póde ser percebido no vivo. Elle póde mover-se não somente para cima e para baixo, como no encolher os hombros; para traz e para diante, como no lançar os hombros para traz, como tambem executa um movimento rotatorio em torno de um centro movediço. Esta rotação vê-se, quando o braço se vae erguendo da posição horisontal para a vertical, e é effectuada pela cooperação do trapesio com o deltoide. A cavidade glenoide é assim voltada para cima, o angulo inferior escorrega para diante e fica preso por baixo do grande dorsal.

60—Para um exame medico das costas, o doente deve sentar-se com os braços pendentes entre as coxas, para abaixar os omoplatas tanto quanto for possível. Nesta posição a espinha do omoplata está perto do septo entre os lóbos superior e inferior do pulmão; o vertice do lóbo inferior está perto do nivel da terceira costella.



ABDOMEN

Presume-se que o estudante esteja familiarizado com as linhas arbitrarías que dividem o abdomen em regiões (¹).

61—A linha alva ou linha central do abdomen, Linhas abdominaes marca a união das aponevroses dos musculos abdo-

1 No abdomen se distinguem tres regiões anteriores de cima para baixo: a região epigastrica, umbilical e hypogastrica. Cada uma d'estas regiões se divide em tres: media e lateraes; de maneira que a região epigastrica comprehende o epigastrio e os hypocondrios; a região umbilical, o umbigo e os flancos; a região hypogastrica, o hypogastrio e fossas iliacas.

Nenhuma d'estas regiões tem limites bem determinados; as linhas arbitrarías que dividem o abdomen em regiões são: *AA* uma linha horizontal que passa pelas bordas inferiores da última costella, *BB* outra horizontal que se estende de uma crista iliaca á outra, e *CC* duas linhas verticaes que dirigindo-se das espinhas iliacas antero-superiores cortão em angulo recto as duas linhas horizontaes. Na estampa *E* nos

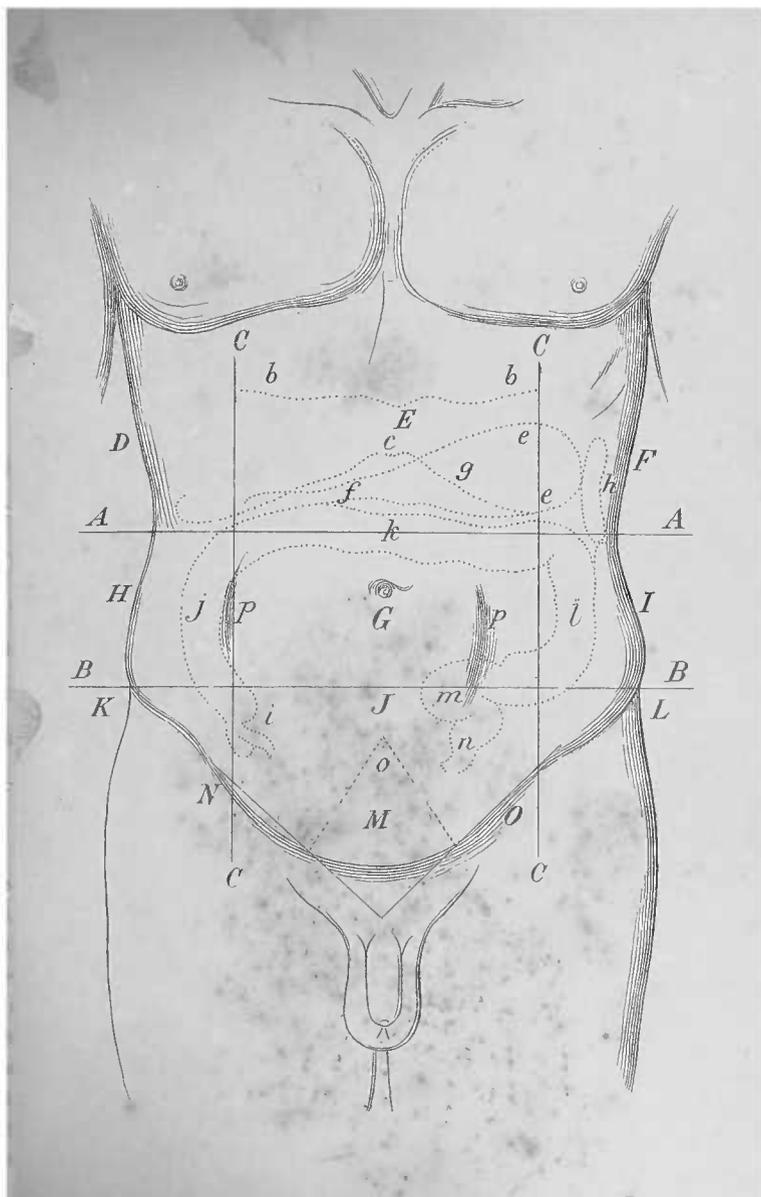
minaes. Estende-se desde o vértice do appendice xiphoide até a symphysis do pubis.

Como esta linha é a parte mais delgada e a menos vascular da parede abdominal, praticamos sobre ella a incisão na ovariectomia e na talha hypogastrica; é n'ella que praticamos a paracentese abdominal na ascite, e da bexiga distendida em caso de retenção de urina.

A chamada linha «semi-lunar», onde se dividem as aponevroses dos musculos abdominaes para formar a bainha do musculo recto, corresponde a uma linha tirada com uma ligeira curva e com a concavidade para a linha alva, desde a parte inferior da sétima costella até a espinha do pubis.

Esta linha deverá estar n'um adulto perto de tres pollegadas do umbigo; porem no abdomen dis-

mostra a região media superior (epigastrio); *D, F*, as regiões lateraes (hypocondrios); *G*, a região media propriamente dita (umbilical); *H, I*, as regiões lateraes (flancos); *J*, a região media inferior (hypogastrio); *K, L*, as regiões lateraes (fossas iliacas); *M* representa o pubis. A linha *bb* mostra o limite entre o abdomen e o peito; *c* o appendice xiphoide; *ee* o lugar do estomago; *f* a região occupada pelo pyloro; *h* pelo haço; *i* intestino cœcum; *j* colon ascendente; *k* colon transverso; *l* o colon descendente; *m* o S iliaco intestinal; *n* o começo do recto; *o* a bexiga; *pp* toda região occupada pelos intestinos delgados.



tendido pela hydropesia ou outra causa a distancia é augmentada proporcionalmente.

É importante conhecer-se a posição das linhas transversas ou intersecções tendinosas atravez do musculo recto abdominal. Encontrão-se raramente abaixo do umbigo e geralmente tres ácima d'elle: a primeira está proxima do nivel do umbigo; a segunda cerca de quatro pollegadas mais ácima, isto é, perto do nivel da parte mais baixa da decima costella. Estas são as principaes linhas, e dividem a parte superior de cada musculo recto em duas porções quasi quadrilateras, uma superior e outra inferior; as do lado direito são um pouco mais largas do que as do lado esquerdo. Vemos estes quadrados musculares bem apparentes em alguns individuos athleticos. Muito mais frequentemente as vemos por demais exaggeradas na tela e no marmore. Os artistas são muito propensos em exaggeral-as e a representar a parte anterior do ventre muito semelhante a um taboleiro de xadrez. Felizmente para elles nem todos os veem com olhos anatomicos.

Para nós cirurgiões, é de importancia estarmos familiarisados com a forma e posição d'estas divisões do musculo recto, para que não commettamos

erro. no diagnostico ignorando-as. Uma contração espasmodica de uma d'estas divisões, particularmente a superior ou uma collecção de pús na sua bainha, tem sido frequentemente confundida com uma molestia abdominal profundamente situada.

Uma linha transversa tirada de uma espinha antero-superior do ileon á outra, está no nivel do promontorio do sacro. Esta linha mostrará sempre se a bacia está ou não horisontal.

Umbigo 62—O umbigo não está a meia distancia entre o appendice xiphoide e o pubis, e sim mais próximo ao pubis. Em todos os casos está situado acima do centro da altura de um individuo.

E' erro vulgar dizer-se que, quando um homem está deitado com as pernas e os braços estirados, e se descreve um circulo em roda d'elle, o umbigo occupa o centro. Este ponto central é, em muitas pessoas, logo acima do pubis.

Em pessoas muito corpulentas encontram-se dous profundos regos atravez do abdomen. Um d'elles passa pelo umbigo e occulta-o completamente. O outro está mais em baixo, logo acima do «monte de Venus». Praticando-se a parectese da bexiga acima do pubis, em casos taes o trocate deverá ser

introduzido no lugar onde este rego crusa a linha alva.

Posto que a posição do umbigo varie um pouco em diferentes individuos, como o abdomen é de ordinario saliente ou o contrario, contudo, em regra geral, está collocado ao nivel do corpo da terceira vertebra lombar. E tambem, como a aorta se divide na borda inferior da quarta vertebra lombar, segue-se que o melhor lugar para applicar a compressão sobre este grande vaso para a cura de um aneurisma da iliaca primitiva, é uma pollegada abaixo do umbigo e um pouco á esquerda d'elle. Que a aorta pode, em circumstancias favoraveis, ser comprimida sufficientemente sob a influencia de chloroformio para curar um aneurisma situado abaixo do umbigo, está provado por factos registrados e por nenhum outro mais efficaamente do que pelo referido no segundo volume dos «Relatorios (Reports) do hospital de S. Bartholomeo».

Perguntaráo, porque motivo não se applica a compressão sobre a aorta acima do umbigo?

A resposta é, que a aorta acima do umbigo está mais distante da superficie, e é, além d'isto, coberta por orgãos importantes, sobre os quaes seria perigosa a pressão.

Orgãos
por detrás
da linha alva

63—Consideremos agora que visceras estão immediatamente por detrás da linha alva. Até a largura de dous ou tres dedos abaixo do appendice xiphoide, acha-se o lóbo esquerdo do figado, que ahí crusa a linha media. Abaixo da borda do figado começa o estomago, mais ou menos em contacto com a linha alva segundo seó gráo de distensão. Na dilatação extrema o estomago leva tudo adiante de si, e occupa todo o espaço entre o figado e o umbigo. Quando vasio e contrahido, retira-se por detrás do figado e fica chato como um pedaço do intestino adiante do pancreas na parte posterior do abdomen; dando assim logar a cavidade chamada «bôca do estomago». Mas quando o estomago se distende, sua maior curvadura vem para frente, produzindo uma consideravel saliencia, aonde existia uma cova. Entre tres e quatro pollegadas para cima do umbigo, está o meio de colon transverso, occupando espaço segundo a sua distensão.

Por detrás e para baixo do umbigo, suppondo-se a bexiga contrahida, estão os intestinos delgados cobertos pelo grande epiploon.

Peritonéo

64—O peritonéo está em contacto com a linha alva em toda extensão até o pubis, quando a bexiga está vasia. Porém quando esta está distendida, le-

vanta o peritonéo da linha media acima do pubis; de maneira que com uma bexiga distendida até a meia distancia do umbigo existe um espaço de cerca de duas pollegadas acima da symphysis, aonde ella pode ser furada sem risco de ferir o peritonéo. Pela mesma rasão temos o espaço sufficiente para bem executar a operação da talha hypogastrica.

Este facto de anatomia devia ter sido bem conhecido por João de Dot, ferreiro em Amsterdam, o qual no seculo decimo setimo abriu o proprio ventre na linha alva acima do pubis, e tirou da bexiga um calculo do tamanho de um ovo de galinha. O calculo, a faca e o retrato do operador podem ainda hoje ser vistos no muséo de Leyden.

65 — A aorta divide-se geralmente em um ponto, Divisão da aorta cerca de pollegada e meia, abaixo do umbigo. Este ponto está perto do nivel da parte mais alta da crista iliaca. Uma linha tirada com uma ligeira curva para fóra desde este ponto até a arcada crural, antes mais proximo do pubis do que do ileon, dá a direcção das arterias iliacas primitiva e externa. Quasi as duas primeiras pollegadas d'esta linha pertencem a arteria iliaca primitiva, o resto a externa. Uma pequena pressão mostra immédia-

tamente a pulsação da maca externa acima da arcada crural.

Eu dei de comprimento á arteria iliaca primitiva cerca de duas pollegadas. Em regra, isto é exacto; porém convém lembrar, que ha frequentes excepções. Eu tenho-a visto de diversos comprimentos desde tres quartos de pollegada até tres pollegadas e meia.

Estas variedades podem provir ou da alta divisão da aorta ou da baixa divisão da iliaca primitiva ou de ambas. E' impossivel asseverar durante a vida, qual é o seo comprimento n'um caso dado; pois que não ha relação necessaria entre seo comprimento e a altura do individuo. Tenho-a visto muito curta em homens altos e vice versa. Os anatomistas geralmente descrevem a esquerda como ligeiramente mais comprida do que a direita; porém, do exame de cem cadáveres, achei que o comprimento medio era o mesmo.

66 — Abernethy, que no anno de 1796 deo o primeiro exemplo da ligadura da iliaca externa, fez a sua incisão na linha da arteria. Porém o meio mais facil e menos perigoso para chegar ao vaso, é por uma incisão, primeiro recommendada pelo Sr. Astley Cooper e adoptada geralmente hoje, co-

meçando exactamente ao lado interno da arteria, um pouco acima da arcada crural; e continuada para cima e para fóra, um pouco para além da espinha iliaca. A mesma incisão augmentada na mesma direcção chegará á iliaca primitiva.

67 — A espinha iliaca antero-superior, a es- Saliências osseas pinha de pubis e a linha da arcada crural são demarcações, com as quaes todos os cirurgiões devem estar perfeitamente familiarizados.

68 — Esta espinha iliaca é o ponto de onde me- Espinha iliaca dimos o comprimento do membro-inferior. E' uma demarcação valiosa na determinação da natureza das lesões da bacia e do quadril. O dedo pollegar facilmente sente esta espinha até nas pessoas gordas. Sua posição a respeito do grande trochanter deve ser cuidadosamente examinada. O melhor meio de o fazer é collocar os dedos pollegares firmemente sobre as espinhas oppostas e agarrar os trochanters com os outros dedos. Qualquer posição anormal de um dos lados é assim facilmente verificada, tomando por guia o lado são.

69 — A espinha do pubis é a melhor guia para Espinhas do pubis o anel inguinal. Não póde ser facilmente sentida collocando-se o dedo directamente sobre ella, visto ser geralmente coberta pelo tecido adiposo. Para a

sentir distinctamente, deveremos puchar para cima a pelle do escroto e leval-a por baixo do tecido gorduroso subcutaneó.

Havendo qualquer difficuldade em encontral-a, afaste-se a coxa para fóra e o tendão distendido do grande abductor servirá de guia até lá.

Appella-se para a posição da espinha do pubis, como meio de diagnostico, quando haja duvida entre hernia inguinal e femoral. Na inguinal a espinha está para fóra, na femoral para dentro.

A espinha do pubis está quasi na mesma linha horisontal que a parte superior do grande trochanter. N'esta linha, cerca de uma pollegada para fóra da espinha, está o anel femoral. E' ahi o sitio da constrictão na hernia femoral.

Arçada crural **70**— A linha do ligamento de Poupart ou a arçada crural é, em muitas pessoas, indicada por um pequeno rego em fórma de crescente ao longo da pelle. A arçada crural corresponde a uma linha não recta, porém com uma ligeira curva para baixo, tirada desde a espinha iliaca até a espinha do pubis. Com o auxilio das demarcações precedentes é facil achar a posição exacta dos anneis inguinaes externo e interno, e a direcção do canal inguinal.

71 — O anel inguinal externo está situado logo Anéis inguinaes acima e para fóra da espinha do pubis. Consiste em uma abertura oval com o maior eixo dirigido obliquamente para baixo e para dentro. Ainda que seu tamanho varie um pouco em diferentes individuos, contudo em regra, elle admittirá a extremidade do dedo mínimo, de modo que podemos dizer pelo exame, se elle está livre ou não.

Para reconhecer isto, o melhor meio é empurrar para cima a pelle do escroto adiante do dedo, e depois indo ao longo do cordão espermatico, o dedo promptamente corre sobre a crista do pubis, e sente as bordas agudas do anel.

A posição exacta do anel interno é a meia distancia entre a espinha iliaca e a symphysis do pubis, e cerca de dous terços de pollegada acima da arcada crural.

72 — Estando determinada a posição dos anéis Canal inguinal abdominaes interno e externo, é claro que a direcção do canal inguinal deve ser obliquamente para baixo e para dentro, e que seu comprimento de um adulto bem constituido seja de uma pollegada e meia á duas, segundo incluirmos ou não as aberturas. N'uma criança muito tenra o canal é muito mais curto e menos obliquo, estando o

anel interno por detraz do externo. Com o crescimento da bacia na sua direcção transversal as espinhas iliacas anteriores ficão muito afastadas, e d'esta maneira puchão o anel interno cada vez mais para fóra do externo.

Cordão
espermatico

73 — O cordão espermatico póde-se sentir ao sahir pelo anel externo, e seu trajecto póde ser seguido até o escroto. O canal defferente póde ser distinctamente sentido por detraz do cordão e separado das outras partes que o compõe.

Arteria
epigastrica

74 — A direcção da arteria epigastrica interna corresponde a uma linha tirada da borda interna do anel interno até o meio do musculo recto para o lado da caixa thoracica. Nas pessôas magras os ganglios lymphaticos, que jасem ao longo da arcada crural, pódem ser sentidos distinctamente. São de ordinario ovaes, tendo seos grandes eixos parallellos á linha da arcada.

Visceras
abdominaes

75 — Vejamos agora até onde podemos marcar externamente a posição e o tamanho das visceras abdominaes.

Para fazer este exame com bom exito, é mistér afrouxar os musculos abdominaes: o individuo deve estar deitado sobre as costas com a cabeça, os hombros e thorax bem levantados para relaxar os

musculos rectos, e as coxas dobradas sobre o abdomen para afrouxar as diversas fachas inseridas na arcada crural. Para produzir uma relaxação completa, nos casos em que se deseje um exame cuidadoso, deve administrar o chloroformio.

Nós no exame manual do abdomen não devemos servir-nos das pontas dos dedos. Isto com certeza despertará a contracção dos musculos. Com a mão aberta deve-se carregar brandamente sobre elle e com uma especie de movimento ondulatorio.

76—E' bom ter em lembrança, que o tendão central do diaphragma está perto do nivel da extremidade inferior do sternó ou na junção da sétima costella; que a metade direita do diaphragma sobe até ao nivel da quinta costella, isto é, cerca de uma pollegada abaixo de mamillo; que a metade esquerda não chega tanto acima. Na respiração tranquilla o diaphragma desce cerca de meia pollegada.

A posição dos orgãos abdominaes varia até certo ponto em diferentes pessoas. Em alguns d'elles, especialmente o estomago, a posição varia na mesma pessoa em diferentes occasiões.

Occupemos-nos em primeiro logar com a maior das visceras abdominaes, o figado.

Figado **77** — O figado está situado sobre o hypocondrio direito, e crusa a linha media sobre o estomago para o hypocondrio esquerdo, geralmente fallando, até a linha mamaria esquerda. A extensão até onde elle póde ser sentido por baixo das margens das costellas, depende de elle estar ou não augmentado de volume, e tambem da quantidade de gazes no estomago e nos intestinos. Em regra, no estado de saude sua borda delgada inferior desce cerca de meia pollegada abaixo das cartilagens costaes, e póde ser sentido movendo-se para cima e para baixo com a acção do diaphragma, mas é necessario uma mão educada para o sentir. Uma mão não educada o deixará inteiramente desaperebido. Contudo esta parte do figado, que crusa a linha média abaixo do appendice xiphoide, é muito mais accessivel ao tacto; aqui elle encontra-se immediatamente por detraz da linha alva e adiante do estomago, quasi a meia distancia d'ahi ao umbigo.

Aquelle, portanto, é o melhor lugar para conhecer, se o figado está augmentado de volume ou empurrado mais para baixo do que deve estar. Estando muito augmentado de volume e muito descido, póde ser conhecida sua margem até pela mão menos adestrada.

Mesmo quando a borda do figado se sente muito mais descida do que é natural para baixo das costellas, não se segue necessariamente que o figado esteja augmentado de volume, visto que elle póde ser impellido para baixo por outras causas, como por exemplo: o habito de usar um espartilho apertado.

A que altura sobe o figado?

Isto só póde ser determinado pela cuidadosa percussão das paredes da caixa thoracica. A parte mais alta da sua convexidade no lado direito é cerca de uma pollegada abaixo do mamillo, ou quasi ao nivel do angulo external inferior do grande peitoral. Posteriormente, o figado torna-se superficial por baixo da base do pulmão direito, perto do nivel da decima apophyse espinhosa dorsal.

Geralmente fallando, a borda superior do figado corresponde ao nivel do centro tendinoso do diaphragma, isto é, o nivel da extremidade inferior do sterno. Assim uma agulha cravada no lado direito, entre a sexta e a setima costellas, atravessará o pulmão, e depois entrará no figado atravez do diaphragma.

78 — A bexiga do fel, ou para melhor dizer o Bexiga do fel seo fundo, está situada, sem que possa ser sentida,

logo abaixo da borda do figado, proximo da nona cartilagem costal para fóra da borda do musculo recto direito.

Estomago **79**—O estomago varia em tamanho mais do que qualquer outro órgão do corpo. Quando vazio e contraído, seu plano é vertical, e está na parte posterior do abdomen coberto pelo lóbo esquerdo do figado e adiante do pancreas. Quando muito cheio, volta-se sobre seu eixo e intumece-se para diante, indo ficar conchegado á parede abdominal, occupando a maior parte do hypocondrio esquerdo e do epigastrio; deslocando os órgãos contiguos, empurrando-os em todas as direcções e estorvando muitas vezes a acção do coração e do pulmão esquerdo. D'ahi a palpitação e os symptomas cardiacos afflictivos na indigestão e na flatulencia.

O orificio cardiaco do estomago está situado á esquerda da linha media, logo abaixo do nivel da junção da setima cartilagem costal com o sterno.

Pyloro **80**—O pyloro fica por debaixo do figado á direita, perto da extremidade da cartilagem da oitava costella; não póde, porém, ser sentido a não estar augmentado de volume e endurecido por molestia; e ainda assim não é com certeza.

81 — O baço, quando são, não pôde ser sentido, Baço
tão abrigado está elle pelas costellas. Está situado á esquerda, unido á grande extremidade do estomago por baixo da nona, decima e undecima costellas entre as linhas tiradas verticalmente para baixo das bordas anterior e posterior da axilla. A sua margem superior está de nivel com a apophyse espinhosa da nona vertebra dorsal; e a inferior com a apophyse espinhosa da undecima.

Sua posição e tamanho, portanto, no estado de saude só pôde ser reconhecido, porém muito imperfeitamente, por uma certa obscuridade na percussão.

O maior gráo do som massiço será sobre a decima e undecima costellas; acima d'estas a borda delgada do pulmão interpõe-se entre o baço e a parede abdominal. Se, por consequencia, o baço puder ser percebido distinctamente abaixo das costellas, deve estar augmentado de volume. Na proporção de seo augmento pôde ser percebida sua borda inferior arredondada abaixo da decima e undecima costellas, especialmente quando impellido para baixo por uma inspiração profunda (¹).

(¹) Vejam-se algumas boas observações acerca da posição do baço engorgitado por Sir W. Jenner. Med. Gaz. Jan. 16, 1879.

Pancreas 82 — O pancreas está situado transversalmente por detraz do estomago, e cruza a aorta e a columna vertebral perto da junção da primeira com a segunda vertebra lombar. O lugar mais apropriado para senti-lo, portanto, deve ser a linha alva cerca de duas pollegadas á tres acima do umbigo.

Será elle perceptivel ao tacto?

Só com uma pressão profunda e em circumstan-
cias muito favoraveis, como um abdomen magro e
vasio. Convém lembrar que elle pôde ser sentido
debaixo de taes condições. Sir W. Jenner diz, que
elle tem visto o pancreas de tamanho normal em
pessoas magras, tomado por uma molestia da ar-
cada do colon transverso ou aneurisma da aorta
abdominal.

Rim 83 — O rin está situado na parte posterior do
abdomen, no quadrado dos lombos e musculo
psoas, defronte das duas vertebrae dorsaes infe-
riores e as duas lombaes superiores. O rin direito,
em consequencia do tamanho do volume do figado,
está alguma cousa, uns tres quartos de pollegada,
mais abaixo do que o esquerdo. O basinete do rin
está ao nivel da apophyse espinhosa da primeira
vertebra lombar; a borda superior está perto do

nível do espaço entre as undecima e duodecima apophyses espinhosas dorsaes; a borda inferior desce até a terceira apophyse espinhosa lombar. Durante uma inspiração profunda ambos os rins são abaixados pelo diaphragma quasi meia pollegada.

Poderemos sentir um rin de tamanho normal?

O unico lugar onde elle é accessivel á pressão, é logo abaixo da ultima costella na borda externa do sacro-lombar. Eu digo accessivel á pressão, porque nunca pude conseguir convencer-me de ter distinctamente sentido sua borda arredondada inferior no vivo; nem mesmo no cadaver, com a vantagem da flacidez das paredes abdominaes e a opportunidade de fazer pressão forte com ambas as mãos collocadas simultaneamente, uma na parte anterior do abdomen e outra na posterior. Por estas razões eu penso que, ainda quando nós posamos facilmente determinar seo gráo de sensibilidade á pressão, não podemos sentil-o senão quando elle está consideravelmente augmentado de volume.

Devemos ter a cautela de não tomar pelo rin um fígado ou um baço augmentados de volumes,

ou um accumulo de feces na parte lombar do colon.

Intestino grosso

84— Agora sigamos o intestino grosso e vejamos onde elle é accessivel á pressão. O cecum ou «caput coli» e a valvula ileo-cecal estão situados na fossa iliaca direita. O colon ascendente sobe pela região lombar direita sobre o rin correspondente. O colon transverso crusa o abdomen tres ou quatro pollegadas acima do umbigo. O colon descendente está situado na região lombar esquerda adiante do rin correspondente. O S iliaco occupa a fossa iliaca esquerda.

Por todo este trajecto tortuoso, excepto nos angulos do colon transverso, o intestino grosso é accessivel á pressão, e podemos reconhecer n'elle, em circumstancias favoraveis, feces endurecidas. Nos ultimos mezes tivemos dous casos d'estes no Hospital de S. Bartholomeo.

Em um era um accumulo de feces no colon transverso, que formava um tumor distincto no abdomen. Todos os symptomas cederão a grandes e repetidas injecções de azeite dôce. O outro caso foi uma accumulacão de materias fecaes no S iliaco, que durante a vida foi considerado uma molestia maligna.

85—A operação para abrir o colon (colotomy) Colotomy póde ser feita na região lombar direita ou esquerda abaixo do rin, na parte do colon não coberta pelo peritonêo.

São as demarcações da operação:

1.^a A ultima costella, da qual se deve sentir a borda inclinada;

2.^a A crista iliaca;

3.^a A borda externa do «sacro-lombar».

A incisão deve ter tres pollegadas de comprida a meia distancia entre a costella e o ileon. Ella deve começar na borda externa do sacro-lombar e dirigir-se não inteiramente em direcção transversal, porém um pouco inclinada na linha da costella. A borda do quadrado dos lombos, que é a guia para o colon, está cerca de uma pollegada para fóra da borda do «sacro-lombar», ou tres pollegadas completas distantes das apophyses espinhosas lombares. A direcção do intestino é vertical e estende-se (por duas pollegadas) entre a borda inferior do rin e a crista iliaca.

Todo o espaço abaixo do umbigo é occupado Intestinos delgados pelos intestinos delgados; as voltas do jejunum estão mais perto do umbigo e as do ileon mais abaixo, suppondo-se que a bexiga esteja vasia.

No lado direito, um pouco abaixo da nona costella, o colon está situado junto á bexiga do fel e está, algumas vezes, depois da morte tinto de bilis. Posteriormente, esta parte do colon está em contacto com o rin e com o duodeno.

Bexiga

86— Quando a bexiga se distende, gradualmente se ergue da bacia para o abdomen, eleva adiante de si os intestinos delgados, e forma um tumor acima do pubis, elevando-se em alguns casos até o umbigo. O contorno d'este tumor é perceptivel com a mão, assim como pela percussão.

Ainda mais, a fluctuação póde se perceber atravez da bexiga distendida, percutindo sobre ella com o dedo de uma mão, enquanto que o dedo da outra mão sente o fundo da bexiga atravez do recto.



PERINÊO

Supponha-se que o corpo esteja collocado na posição ordinaria para a talha.

87 — Podemos sentir immediatamente os limites Esqueleto osseo osseos e ligamentosos do perinêo, a saber: os ramos do pubis e do ischion, as tuberosidades do ischion, os grandes ligamentos sacro-sciaticos e o vertice do cocciz. Esta estructura fórma um espaço em fórma de losango. Se tirarmos uma linha imaginaria atravez d'elle desde a parte anterior de uma tuberosidade sciatica á outra, dividimos este espaço n'um triangulo anterior e outro posterior.

O anterior é quasi isosceles, e n'uma bacia bem formada seus lados teem de tres á tres pollegadas e meia de comprimento. Este é chamado o triangulo uretral. O posterior, contendo a maior

parte do anus e a fossa inchio-rectal em cada lado, é chamado o triangulo anal.

Raphe **88**—Uma ligeira risca central da pelle, chamada raphe, corre desde do anus até o perinêo, escrotos e penis. Este «raphe» ou a linha média do perinêo é a linha de segurança no praticar incisões para dar sahida á pus ou ourina infiltrada, ou para dividir um aperto.

Ponto central do perinêo

89—E' muito importante saber que um ponto do raphe, cerca de meia distancia entre o escroto (onde elle se reune ao perinêo) e o centro do anus, corresponde com o chamado «tendão central», onde vão ter os musculos perineas. O bolbo da uretra está acima d'este ponto e nunca, em edade alguma, vem abaixo d'elle. A arteria do bolbo, tambem, nunca passa abaixo d'este nivel. Portanto a incisão na talha nunca deve começar acima d'elle. Um bistori introduzido n'este ponto e impellido para traz. com mui leve inclinação para cima, entrará na parte membranosa da uretra, justamente adiante da prostata; levado ainda mais longe entrará no collo da bexiga. Este ponto, pois, é optima demarcação para a uretra na talha ou mesmo para quaesquer operações no perinêo.

A incisão na talha lateral, começando abaixo do

ponto indicado, deverá dirigir-se para baixo e para fóra entre o anus e o ischion, um pouco mais proximo d'este do que d'aquelle.

90— N'um perinéo delgado podemos sentir a borda inferior da fascia perineal profunda ou o chamado «ligamento triangular da uretra». Ligamento triangular

A uretra atravessa-o cerca de uma pollegada abaixo da parte inferior da symphysis do pubis, e cerca de tres quartos de pollegada acima do tendão central do perinéo. E' importante ter em lembrança estas demarcações na introducção de um catheter. Se o catheter for abaixado muito cedo, sua passagem será obstada pelo ligamento triangular; se for muito tarde, poderá provavelmente fazer um caminho falso atravez do bolbo.

91— Uma das mais importantes demarcações, Anus que guião o cirurgião em suas operações perto do anus, é uma linha branca, que foi, pela primeira vez, indicada pelo Senhor Hilton (¹), e póde ser facilmente reconhecida no corpo vivo. Ella mostra a reunião da pelle com a membrana mucosa, e é de interesse especial, porque marca com grande

¹) «Lectures on Rest and Pain», pag. 280.

precisão o intervallo linear entré os esphincters externo e interno. E' uma demarcação exacta e verdadeira em que se póde confiar. D'esta linha o esphincter interno estende-se para cima, por baixo da membrana mucosa por espaço mais ou menos de uma pollegada, tornando-se gradualmente mais adelgado.

Demarcações
no recto

A apparencia rugosa do anus é causada pela contracção do esphincter externo. No fundo d'estas dobras cutaneas, especialmente para o lado do cocciz, procura-se a «fenda do anus».

92 — Muitas demarcações valiosas pódem ser percebidas pela introduccção do dedo no recto, com um catheter ao mesmo tempo na uretra. As principaes d'estas demarcações são as seguintes:

Prostata

a. Podeis sentir a extensão e a poderosa contracção do esphincter interno por cerca de uma pollegada para dentro do intestino.

Uretra

b. Atravez da parede anterior do intestino podeis muito distinctamente sentir o trajecto da parte membranosa da uretra, exactamente na linha media. Isto é muito importantê, porque podeis certificar exactamente se o catheter se desviou do caminho appropriado.

c. Cerca de uma pollegada e meia ou duas pollegadas acima do anus, o dedo chega ao alcance da Glandula
prostata prostata. Esta glandula está em intimo contacto com o intestino e póde ser reconhecida pela sua fórma e dureza. O dedo, movendo-se de um lado para outro, póde examinar o tamanho de seus lóbos lateraes.

d. Introduzindo ainda mais para cima o dedo, pode chegar além da prostata até o vertice do trigono vesical. Ainda mais, póde sentir o angulo entre os ductos ejaculadores communs, que formão o trigono. E' este o ponto exacto onde se deve fazer, atravez do recto, a punctura da bexiga distendida. Quanto mais distendida estiver a bexiga, mais facilmente se poderá sentir aquelle lugar. A fluctuação é desde logo reconhecida por uma percussão sobre a bexiga acima do pubis. O trocate deve ser introduzido na direcção do eixo da bexiga distendida; este está, geralmente fallando, em uma linha tirada do anus atravez da bacia até o umbigo.

e. A dobra do peritonêo, chamada a « bolsa rectovesical », está cerca de quatro pollegadas distante do anus, e por consequencia fóra de alcance do dedo; e não corremos risco algum de feril-a na

punctura da bexiga se o trocãte for introduzido perto do angulo do trigono.

f. O dedo póde sentir uma das dobras ou rugas da membrana mucosa, que estão situadas na parte inferior do recto. Esta dobra sahe do lado e algumas vezes da parte superior do recto junto a prostata. Quando espessada ou ulcerada, esta dobra occasiona grande dôr na defecação, e da sua divisão resulta grande allivio.

Finalmente, o dedo póde examinar o estado dos espaços cheios de gordura em cada lado do recto, chamados «fossas ischio-rectaes», com o fim de verificar a existencia de collecções purulentas profundamente situadas ou communicações internas de fistulas.

Uretra
nas crianças

Na introduccão dos catheters é boa regra conservar a ponta do instrumento bem applicada contra a parede superior da uretra. Praticando assim, é muito menos provavel fazer-se um caminho falso.

Nas crianças a parte membranosa da uretra é, relativamente fallando, muito longa por causa da pequenez da prostata.

E' tambem mais abruptamente curvada, porque a bexiga nas crianças está mais no abdomen do que na bacia. E', além d'isso, composta de paredes

finas e delicadas. Nenhuma violencia, portanto, deve ser feita na passagem de um catheter; ao contrario, o instrumento póde atravessar as paredes e fazer um caminho falso. D'ahi a vantagem de se poder verificar pelo recto se o instrumento está na boa direcção e movendo-se livremente na bexiga, a qual póde tambem ser facilmente sentida nas crianças.



COXA

93 — Em primeiro lugar notai a espinha antero-^{Arcada crural} superior do ileon, a espinha do pubis, e marcai a linha da arcada crural, que se estende entre ellas.

Esta linha é uma de nossas guias no diagnostico das hernias inguinaes e femoraes. Se o volume do tumor estiver acima da linha, a hernia é provavelmente inguinal; se abaixo, femoral. A linha não é uma recta tirada da espinha iliaca á espinha do pubis, e sim levemente curva com a convexidade para baixo, em consequencia de sua intima relação com a fascia lata da coxa. Em muitas pessoas ella pode ser sentida perfeitamente; em quasi todas seo trajecto exacto é indicado por um pequeno rego na pelle.

94 — Quando a coxa está dobrada mesmo de ^{Rego subcutaneo} leve, apparece um segundo rego na pelle por baixo ^{na curva da côxa}

do da arcada crural. Este segundo rego começa no angulo entre o escroto e a coxa, passa para fóra e perde-se gradualmente entre o vertice do trochanter e a espinha iliaca antero-superior. Corre exactamente atravez da parte anterior da capsula da articulação coxo-femoral. Por esta rasão é uma demarcação valiosa na desarticulação do quadril. A ponta da faca deverá ser introduzida externamente, onde começa o sulco, correr precisamente na direcção d'elle e sahir onde elle acaba; de modo que a capsula da articulação possa ser aberta com o primeiro retalho. Quando haja suspeita de molestia do quadril, a pressão feita n'esta linha, logo abaixo da espinha iliaca, nos mostrará se a articulação está dorida. Um derramamento na articulação apaga todo vestigio do sulco e mostra maior volume comparando com o lado opposto.

Abertura
saphenica

95 — Na maior parte das pessoas existe uma depressão natural sobre a abertura saphenica da fascia lata no lugar, onde a veia saphena desemboca na femoral. A posição d'esta abertura é logo abaixo do terço interno da arcada crural e cerca de uma pollegada e meia para fóra da espinha do pubis. Este é o ponto onde o inchaço de uma hernia femoral apparece em primeiro lugar, e onde

deve ser cuidadosamente examinado em casos suspeitos.

96—A posição do anel femoral, através do qual ^{Annel femoral} a hernia sahe do abdomen, está em um plano mais profundo, cerca de meia pollegada para cima da abertura saphenica, e immediatamente por baixo da arcada crural. Sendo vertical o plano do anel no decubitus dorsal do corpo, o modo por que devemos procurar reduzir uma hernia femoral é pela pressão applicada em primeiro lugar na direcção de cima para baixo, e depois de fóra para dentro. O intestino sahido tem que passar, por assim dizer, por baixo da borda de um angulo agudo, sendo este angulo a volta superior da abertura saphenica. Ao mesmo tempo dobramos a coxa para afrouxar a fascia, quanto seja possivel.

Um bom meio para achar a séde do anel femoral com exactidão é o seguinte: Procurai sentir a pulsação da arteria femoral no pubis; descontai meia pollegada para veia femoral; em seguida está o anel femoral.

No praticar a operação para afrouxar uma constrictção, o golpe na pelle deve ser de uma pollegada e meia para fóra da espinha do pubis. Sua direcção

será vertical e o meio deve estar exactamente sobre o anel femoral.

Ganglios
nas verilhas

97 — O grupo dos ganglios inguinaes e femoraes pode, algumas vezes, sentir-se nas pessoas magras. Os inguinaes estão pela maior parte ao longo da linha da arcada crural; recebem os lymphaticos da parede do abdomen, da uretra, do penis, do escroto e do anus. Os ganglios femoraes estão situados principalmente sobre a abertura saphenica e ao longo do lado externo da veia saphena, recebem os lymphaticos do membro inferior, recebem tambem alguns do escroto, do que nós temos prova pratica nos casos do cancro denominado de limpadores de chaminés.

Grande
trochanter

98 — O grande trochanter é uma demarcação importantissima, á qual nós estamos continuamente recorrendo nas lesões e molestias das extremidades inferiores. Ahi existe uma depressão natural sobre o quadril, aonde elle está perto da superficie e pode ser sentido claramente, especialmente quando a coxa está em rotação. Nada se encontra entre o osso e a pelle a não ser a espessa fascia do grande glutêo e a grande bolsa por baixo d'ella.

O vertice do trochanter está quasi ao nivel da espinha do pubis, e cerca de tres quartos de pol-

legada mais baixo do que o vertice da cabeça do femur. O exame cuidadoso da relação do grande trochanter para com as outras prominencias osseas da bacia e uma comparação de sua posição relativa com a do lado opposto são as melhores guias no diagnostico das lesões do quadril e da posição da cabeça do femur.

99 — «Se no estado normal examinardes as relações do grande trochanter com as outras saliências osseas da bacia, achareis que o vertice da trochanter corresponde a uma linha tirada da espinha iliaca antero-superior á parte mais saliente da tuberosidade do ischion. Esta linha tambem passa pelo centro do acetabulo. A extensão do desvio na luxação ou fractura é marcada pela projecção do trochanter por detraz d'esta linha.» (1).

Linha de
«Nelaton»

A «linha de Nelaton», como a chamão, é theoreticamente boa. Porém em pessoas corpulentas nem sempre é facil sentir estes pontos osseos, de modo que a linha seja traçada com exactidão. O cirurgião deve, por fim de contas, confiar em muitos casos em medições feitas com as suas proprias mãos.

==

(1) Nelaton, «Pathologie chirurgicale», t. IV, pal. 441. 1848.

Assim, colloquem-se os dedos pollegares firmemente sobre as espinhas iliacas, enquanto que os outros dedos abrangem os trochanters em cada lado. Tomando o lado são como termo de comparação, a mão facilmente descobrirá qualquer deslocamento no lado affectado. A observação de Winslow⁽¹⁾ vem aqui muito á proposito: «Examinai se o membro affectado corresponde ao são.»

O vertice do grande trochanter é a guia em uma operação recentemente introduzida pelo Sr. Adams, «secção subcutanea do collo do femur». A punctura deve ser feita uma pollegada acima e uma pollegada adiante do vertice do trochanter. O collo do osso deve ser serrado em angulos rectos com seu eixo, trabalhando a serra na linha da arcada crural.

A espinha iliaca é o ponto de onde se mede o comprimento do membro inferior. Olhando para as espinhas dos lados oppostos, podemos conhecer qualquer inclinação da bacia.

Fazendo compressão sobre ambas as espinhas simultaneamente examinamos, se ha fractura da bacia ou molestia na articulação sacro-iliaca.

(1) Winslow, «Structure of the Human body» London. 1873.

100— «No reduzir uma luxação do quadril por manipulações, é importante ter em lembrança que, em qualquer posição, a cabeça do femur olha pouco mais ou menos na direcção da face interna do condylo interno.» (1)

101—Em um ponto a meia distancia entré a espinha iliaca e a symphysis do pubis, póde ser sentida a arteria femoral pulsando e comprimida efficazmente contra o pubis. Como deve ser applicada a compressão, quando o doente está deitado no decubitus dorsal?

Compressão da
arteria femoral

De harmonia com a inclinação do osso, isto é, com uma ligeira inclinação para cima.

Empregando-se um torniquete italiano, devemos ter o cuidado de adaptar a pelota posterior abaixo da tuberosidade do ischion. Sendo empregada a compressão digital, é facil dominar a arteria femoral por uma pequena compressão com o dedo pollegar, contanto que os outros dedos se firmem no grande trochanter.

102— O costureiro é uma grande demarcação carnosa da coxa, como o biceps é do braço e o

Costureiro

(1) Bigelow, «Mechanism of Dislocation and Fracture of the Hip.» Philadelphia, 1869.

sterno-cleido-mostoidéo no pescoço. Sua direcção e bordas podem ser facilmente traçadas, mandando ao doente levantar a perna, movimento que põe o musculo em acção. A mesma contracção marca os limites do triangulo (de Scarpa) formado pelo longo adductor e costureiro.

Para descrever o trajecto da arteria femoral, tira-se uma linha do meio do espaço entre a espinha iliaca e a symphysis do pubis ao lado interno do joelho. Esta linha, notai bem, corresponde a arteria femoral e não a poplitéa.

O costureiro começa a crusar a arteria, em regra, de tres á quatro pollegadas abaixo da arcada crural. O ponto em que nasce a arteria femoral profunda, é cerca de uma e meia á duas pollegadas abaixo da arcada. Portanto, a incisão para a ligadura da arteria femoral no triangulo de Scarpa deve começar cerca de uma mão travessa abaixo da arcada crural, e continuar por tres pollegadas na direcção da arteria.

Para comprimir a arteria femoral no triangulo de Scarpa, a pellota do torniquete deve ser collocada no vertice, e a direcção da compressão deve ser não para trás, porém para fóra, de maneira

que a arteria possa ser comprimida de encontro ao femur.

No terço medio da coxa a arteria femoral está situada no canal de Hunter, coberta pelo costureiro. No começo do terço inferior a arteria sahe do canal pela abertura oval do triceps, e entra no espaço poplitéo. O modo mais facil de alcançar a arteria no canal de Hunter é por uma incisão ao longo da borda externa do costureiro. Esta borda externa corresponde a uma linha tirada da tuberosidade do condylo interno ao terço medio da coxa.

Para dominar a arteria femoral no canal de Hunter, a compressão deve ser dirigida para fóra, de modo que aperte o vaso de encontro ao osso.

NADEGAS

103—As demarcações osseas das nadegas que Demarcações osseas podem ser distinctamente sentidas, são: 1.º, as espinhas ilíacas postero-superiores; 2.º, as apophyses espinhosas das vertebrae sacras; 3.º, os dous tuberculos das ultimas vertebrae sacras; 4.º, o vertice do cocciz, no rego profundo que vae até o anus; 5.º, as tuberosidades do ischion em cada lado do anus.

As espinhas ilíacas posteriores estão quasi no nivel da segunda apophyse espinhosa sacra, e correspondem ao meio da symphysis sacro-iliaca.

A terceira apophyse espinhosa sacra marca a parte mais baixa até onde desce o liquido cerebro-espinhal no canal medullar.

As tuberosidades do ischion, na posição vertical, são cobertas pelos grandes glutéos. Na posição as-

sentada ellas sustentão o peso do corpo e são cobertas unicamente por um cochim espesso de tecido adiposo. Entre este cochim e os ossos existe uma bolsa, que em mais de uma vez vi crescida e inflammada em cocheiros.

A saliencia das nadegas é um dos signaes caracteristicos do homem em relação com sua posição vertical. «Les fesses n'appartiennent qu'à l'espèce humaine.»

Ellas são formadas por uma accumulacão de tecido adiposo sobre o grande musculo glutéo. De seo aspecto podemos colher alguns signaes do estado da economia. São duras e globulosas nos vigorosos; frouxas e flacidas nos enfermos. O emagrecimento e achatamento de um lado, comparado com o outro, é um dos primeiros symptomas de molestia no quadril.

Rego das nadegas

104—O rego profundo, chamado «dobra das nadegas», que separa estas da parte posterior da coxa, corresponde a borda inferior do «grande glutéo». Sua direcção alterada na molestia do quadril é muito característica. Este é o melhor lugar para sentir o grande nervo sciatico. Achamol-o comprimido profundamente entre o trochanter e a tuberosidade sciatica, um pouco mais

perto d'esta. Quando estamos sentados verticalmente, o nervo não é sujeito a pressão; porém torna-se dormente quando nos sentamos muito tempo de lado.

105 — Para determinar em que ponto sahe da bacia a arteria glutéa, tire-se uma linha da espinha iliaca postero-superior ao grande trochanter em rotação para dentro. A reunião do terço superior com o terço medio d'esta linha está sobre a arteria, onde ella sahe da borda superior da grande chanfradura sciatica. Arteria glutéa

O ponto em que a arteria sciatica sahe da bacia, é cerca de meia pollegada mais abaixo do que o da arteria glutéa.

106 — A arteria pudenda está situada sobre a espinha do ischion. Para achal-a, tira-se uma linha do lado externo da tuberosidade sciatica á espinha iliaca postero-superior. A junção do terço inferior com o terço medio indica a posição da arteria. A sciatica está junto d'ella, porém mais proxima da linha media. Arteria pudenda

Considerando o trajecto d'estas arterias, parece que no repousar sobre assentos duros, a pressão é sustentada pelos ossos; e quando nos reclinamos sobre assentos molles, a pressão é sustentada antes

pelas partes molles e chega até as arterias; d'ahi a tendencia dos modernos modos de repousar a compellir o sangue entrar na bacia e favorecer a producção das molestias hemorrhoidarias e uterinas. Um celebre parteiro Francez costumava dizer que o habito de cinturas altas, espartilhos apertados e cadeiras de recreio rendião-lhe grandes sommas por anno.

JOELHO

107 — A rotula: As tuberosidades dos dous condylos; a tuberosidade da tibia para inserção do ligamento rotuliano; outra tuberosidade (lateral) no lado externo da cabeça da tibia, e a cabeça do peronéo são as principaes demarcações osseas do joelho. Pontos osseos

Notai que a cabeça do peronéo está na parte externa e posterior da tibia, e que está quasi ao nivel da tuberosidade de inserção do ligamento rotuliano.

Podemos tambem sentir a pequena saliencia ossea em forma de esporão acima do condylo interno, que dá inserção ao tendão do grande adductor. Esta saliencia em forma de esporão corresponde ao nivel da epiphasis da extremidade inferior do femur, e tambem ao nivel da parte mais alta da

trochlea da rotula; factos á levar em conta no executar a excisão do joelho.

No reduzir uma luxação da coxa, é importante ter-se em lembrança, que a face interna do condylo interno, em qualquer posição do membro, olha quasi que na direcção da cabeça do femur.

A tuberosidade externa (lateral) da tibia é para a inserção da larga e forte aponevrose (tendão do tensor da fascia lata), que actúa á modo de suspensorio, tão apparente nas pessoas magras ao longo do lado externo da coxa, para o sustentaculo lateral da bacia. Esta tuberosidade indica o nivel a que descem os condylos do femur e o nivel inferior da membrana synovial.

A rotula, na extensão do joelho, está quasi toda acima dos condylos; na flexão, ella está situada na fossa intercondylia, e assim protege a articulação no ajoelhar. Sua borda interna é mais espessa e mais saliente do que a externa, a qual inclina-se para baixo na direcção de seo condylo. D'ahi, provavelmente, a maior disposição da rotula a deslocar-se para fóra.

Ligamento
rotuliano

108—A linha do ligamento rotuliano é vertical. Pelo que qualquer desvio d'esta linha, para um ou outro lado, indica maior ou menor deslocação da

tibia. Ha um cochim de tecido adiposo por baixo do ligamento, que serve de enchimento; recolhendo-se, quando se dobra o joelho; levantando-se, quando elle se estende; e sobresahindo de cada lado do tendão, quasi a ponto de dar idéa de fluctuação.

N'uma perna bem conformada o ligamento rotuliano, a tuberosidade da tibia e o meio do artelho (1) devem estar na mesma linha. Um ponto importante na reducção de fracturas.

109 — A bolsa rotuliana está situada não so- Bolsa rotuliana mente sobre a rotula, como tambem sobre a parte superior do ligamento. Isto é bem manifesto quando a bolsa augmenta de volume. Ha outra bolsa subcutanea sobre a inserção do ligamento na tuberosidade da tibia. Esta é inteiramente independente da bolsa profunda entre o tendão e o osso.

110 — A membrana synovial do joelho, quando a Membrana synovial do joelho articulação está extendida, eleva-se como um «fundo de sacco» acima da borda superior da rotula cerca de duas pollegadas. Ella sobe igual-

(1) Artelho é a articulação tibio tarsiana e não o dedo grande do pé, como sem rasão alguma se denomina geralmente entre nós. (Traductor.)

mente um pouco mais acima por baixo do vasto interno do que debaixo de vasto externo; facto muito manifesto quando a articulação está distendida. Quando o joelho está dobrado, este «fundo de sacco» é puchado para baixo, d'ahi a regra de dobrar o joelho nas operações perto da extremidade inferior do femur.

O nivel inferior da membrana synovial do joelho é logo acima do nivel da parte superior da cabeça do peronéo. A membrana synovial tibio-peronéa é independente da do joelho, uma regra que tem poucas excepções.

Tendões
poplitéos

111—Os tendões, que formão os limites do espaço poplitéo, podem ser claramente sentidos na flexão do joelho. No lado externo, temos o biceps dirigindo-se para baixo para a cabeça do peronéo. No lado interno, sentimos tres tendões dispostos do modo seguinte: o mais proximo do meio do espaço poplitéo é o semi-tendinoso, muito saliente e visivel até a coxa; segue-se depois o tendão espesso e redondo do semi-membranoso; mais internamente ainda, está o recto interno. O costureiro, que forma uma graciosa prominencia muscular no lado interno do joelho, não se torna tendinoso, emquanto não chega abaixo d'este.

112—A posição exacta da bolsa no espaço poplitéo, que algumas vezes cresce até o tamanho de um ovo de gallinha, está entre o tendão da porção interna do gastrocnemio e o tendão do semi-membrano, quando roção um pelo outro. A bolsa é de uma e meia á duas pollégadas de comprimento. Quando está augmentada de volume, fórma um tumor no lado interno do espaço poplitéo, que se torna saliente e tenso, quando o joelho está extendido e vice-versa. Bolsa poplitéa

Examinei cento e cincoenta cadaveres com o fim de determinar quantas vezes communica esta bolsa com a membrana synovial do joelho. Havia uma communicação cerca de uma vez em cinco casos. Isto nos deve advertir que não devemos interferir sem cautela com esta bolsa, quando está augmentada de volume.

A concavidade do espaço poplitéo está quasi obliterada, quando o joelho está extendido. Isto é devido a pressão dos condylos sobre as duas porções iniciaes dos gastrocnemios e pelo tecido adiposo que contem este espaço.

113—Póde sentir-se pulsar e ser comprimida a arteria poplitéa de encontro á face posterior do femur, junto da qual está situada. Porém a com- Arteria poplitéa

pressão, sufficiente para vedar o sangue, deve ser forte, e feita contra o osso mais perto dos tendões internos da curva da perna do que dos externos. A linha da arteria corresponde ao meio da curva da perna. Ella está coberta pelo ventre espesso do semi-membranoso, e a borda externa d'este musculo serve de guia até a arteria. Uma incisão até abaixo do meio da curva da perna cahirá sobre o vaso justamente acima dos condylos.

Nervo peronéo

114 — O nervo peronéo corre paralelo e proximo á borda interna do tendão do biceps. Elle póde ser percebido nas pessoas magras. Há risco de dividil-o na tenotomia de biceps, salvo se o bistori for cuidadosamente introduzido de dentro para fóra. Abaixo do joelho o nervo póde ser percebido junto ao peronéo logo abaixo da cabeça d'este osso.



PERNA E ARTELHO

115—A tuberosidade da tibia, a borda anterior Pontos osseos aguda, chamada a canella da perna, e a superficie larga e chata do osso coberta apenas pelo periosto podem ser sentidas em toda extensão para baixo. A borda interna póde sentir-se tambem, porém não tão claramente. O terço inferior é a parte mais estreita do osso e a séde mais frequente de fratura.

A cabeça do peronéo é uma bôa demarcação sobre o lado externo da perna, cerca de uma pollegada abaixo da cabeça da tibia e quasi ao nivel da tuberosidade. Observai que ella está collocada por detraz, que não forma parte alguma da articulação do joelho, e não concorre a supportar o peso.

A diaphysis do peronéo é arqueada para traz,

ao contrario da diaphysis da tibia. O facto dos ossos não estarem no mesmo plano, deve ser lembrado nas amputações de retalho: A diaphysis do peronéo está tão enterrada entre os musculos, que a unica parte que póde ser percebida distinctamente, é o quarto inferior. Aqui ha uma superficie plana subcutanea entre o terceiro musculo peronéo na frente, e os outros dous por detraz. Aqui é a séde mais frequente de fractura.

Malleolos **116**—A forma e a posição relativa dos malleolos devem ser cuidadosamente estudadas, como importantes demarcações do artelho.

O malleolo interno não desce tanto como o externo, e chega um tanto mais para adiante; ao mesmo tempo, em consequencia de sua maior grossura antero-posterior, elle está no mesmo plano que o externo posteriormente. A borda inferior do malleolo interno é um tanto arredondada, e a pequena fenda que elle tem para a inserção do ligamento lateral pode ser percebida. O malleolo externo desce mais do que o interno, para melhor fechar a articulação no lado de fóra. Sua fórma não deixa de ter semelhança com uma cabeça de serpente. Visto de profil, está justamente na parte media da articulação.

Na amputação do pé pelo artelho, segundo o processo de «Syme», a linha da incisão deve estender-se desde do vertice do malleolo externo, pela planta do pé, até o centro do interno.

N'uma perna bem conformada a borda interna da rotula, o malleolo interno e o lado interno do dedo grande devem estar na mesma linha. Attendei á estas demarcações no reduzir uma fractura ou luxação, lançando ao mesmo tempo a vista para a conformação do membro opposto.

Ha diversos e fortes tendões, que se veem e sentem em roda do artelho.

117 — Atraz está o tendão de Achilles, que forma um alto relevo com uma goteira profunda em cada lado. A parte mais estreita do tendão, onde elle deve ser dividido na tenotomia, é perto do nivel do malleolo interno; abaixo d'este elle expande-se de novo para inserir-se na parte infero-posterior do calcaneo. Visto de perfil, o tendão não é recto, porém ligeiramente concavo, sendo curvado para dentro por uma aponevrose que forma uma especie de cinta em torno d'elle. Esta cinta procede do ligamento posterior do artelho; e conquanto a maior parte de suas fibras circumdem o tendão, algumas d'ellas inserem-se e exercem tracção para

Tendão
de Achilles

dentro sobre seos lados. Tudo isto desaparece quando o tendão é despido pela dissecação.

Tendão
por detraz
do malleolo
interno

118— Acima e por detraz do malleolo interno podemos sentir os tendões largos e chatos do tibial posterior e do longo flexor dos dedos. O tendão do tibial posterior é o que está mais proximo do osso, e fica bem em relevo na adducção do pé. Elle está situado junto e paralelo á borda interna da tibia, de maneira que esta borda é a melhor guia para elle. Quando o corpo está deitado, o plano do tendão é vertical; portanto na tenotomia o instrumento deve ser introduzido primeiro perpendicularmente entre o tendão e osso, e depois voltado em angulo recto para cortar o tendão. O tendão tem uma bainha separada e membrana synovial, que começa cerca de uma pollegada e meia acima do vertice do malleolo, e é continuada até sua inserção no tuberculo do escaphoide. O lugar appropriado, portanto, para a divisão do tendão é cerca de duas pollegadas acima da extremidade do malleolo.

Se o paciente for moço e gordo, de forma que a borda interna da tibia não possa ser perfeitamente sentida, n'este caso a melhor demarcação para achar o tendão deve ser um ponto em igual

distancia entre a parte anterior e posterior da perna. Uma incisão adiante d'este ponto pode ferir a veia saphena interna, e por detraz d'elle a tibial posterior.

119— Por detraz do malleolo externo sente-se os dous tendões dos musculos peronéos. Estão junto á borda do peronéo, sendo o mais curto mais proximo do osso. No dividir estes tendões, o instrumento deve ser introduzido perpendicularmente a superficie, e cerca de duas pollegadas acima do vertice do malleolo, de modo que fique acima das bainhas synovias dos tendões.

Tendão
por detraz
do malleolo
externo

Sobre a parte anterior do artelho, estando os musculos em acção, podemos ver e sentir, a começar no lado interno, os tendões do tibial anterior, do longo extensor do dedo grande, do longo extensor dos dedos e do terceiro peronéo. Elles entesão-se como cordas, quando o pé é levantado, e conservão-se em sua natural posição relativa por meio de fortes roldanas formadas pelo ligamento annullar anterior. D'estas roldanas a mais forte é a do flexor commum dos dedos.

Tendões adiante
do artelho

Na torcedura do artelho a dôr e a inchação procedem do estiramento d'estas roldanas e da effusão dentro de suas bainhas synovias. A rotura de uma

d'estas roldanas e a sahida do tendão são extremamente raras. O lugar para dividir o tendão do tibial anterior, sem ferir sua bainha synovial, é cerca de uma pollegada antes de sua inserção no cuneiforme. O bisturi deve ser introduzido no lado externo afim de evitar a arteria dorsal do pé.

Traçai agora as linhas das arterias e as demarcações, junto ás quaes ellas se dividem.

Arteria poplitéa **120**—Cerca de uma pollegada e um quarto abaixo da cabeça do peronéo, ou antes uma pollegada abaixo da tuberosidade da tibia, a arteria poplitéa divide-se em tibial anterior e tibial posterior. A arteria peronéa nasce da tibial posterior cerca do tres pollegadas abaixo da cabeça do peronéo.

Por consequencia podemos assentar, como regra geral, que nas amputações uma pollegada abaixo da cabeça do peronéo somente uma principal arteria é dividida, que é a poplitéa. Nas amputações duas pollegadas abaixo da cabeça do peronéo, duas principaes arterias são divididas, que são a tibial anterior e posterior. Nas amputações tres pollegadas abaixo da cabeça do peronéo, tres principaes arterias são divididas, que são as duas tibiaes e a peronéa.

121 — A arteria tibial anterior fica adiante da membrana interossea uma pollegada e um quarto abaixo da cabeça do peronéo, e ahi ella está situada junto á esse osso. Seo trajecto subsequente é demarcado por uma linha tirada da parte anterior da cabeça do peronéo ao meio da parte anterior do artelho. Esta linha corresponde quasi exactamente a borda externa do tibial anterior de alto abaixo.

Arteria
tibial anterior

Portanto, se este musculo estiver contrahido, a incisão para a ligadura da arteria, em qualquer parte de seo trajecto, pode ser determinada com a maior exactidão. A arteria pode ser sentida pulsando e comprimida, quando crusa a parte anterior da tibia e artelho.

122 — A tibial posterior começa cerca de uma pollegada e um quarto abaixo da cabeça do peronéo. Seo trajecto subsequente corresponde a uma linha tirada do meio da parte superior da barriga da perna á cavidade por detraz do malleolo interno, onde ella se pode sentir pulsando distinctamente cerca de meia pollegada da borda da tibia. Uma incisão vertical para baixo do meio da barriga da perna deve chegar á arteria coberta pelo gastrocnemio e soleo. Uma incisão vertical ao longo do

Arteria tibial
posterior

terço medio da perna, cerca de meia pollegada distante da borda interna da tibia, deve habilitar o operador a alcançar a arteria para o lado, separando do osso a origem tibial do soleo.

Veia saphena

123— A veia saphena interna pode ser sempre claramente vista sobre a parte anterior do malleolo interno. Seo trajecto ulterior, ao longo do lado interno da perna, joelho e coxa até a sua terminação na femoral, é manifesto em todas as pessoas: a veia saphena externa passa atraz do malleolo externo e segue ao meio da barriga da perna para desembocar na veia poplitéa.

PÉ

Quaes são as demarcações osseas que nos guião na cirurgia do pé?

124 — Ao longo do lado interno do pé, começando posteriormente, podemos sentir: Pontos osseos

1.º A tuberosidade do calcaneo.

2.º A projecção do malleolo interno.

3.º A projecção do calcaneo, chamada «sustentaculum tali», cerca de uma pollegada abaixo do malleolo.

4.º Cerca de uma pollegada adiante do malleolo interno e um pouco abaixo está o tuberculo do escaphoide, sendo o vão, entre elle e a tuberosidade do calcaneo «sustentaculum tali», cheio pelo ligamento calcaneo-escaphoide e o tendão do tibial

posterior, no qual ha muitas vezes um osso sesamoide.

5.º O cuneiforme interno.

6.º A projecção do primeiro metatarsiano.

7.º Os ossos sesamoides do dedo grande.

Ao longo do lado externo do pé podemos sentir:

1.º A tuberosidade externa do calcaneo.

2.º O malleolo externo.

3.º O tuberculo peroneal do calcaneo, uma pollegada abaixo do malleolo, com o longo tendão peroneal abaixo d'elle e o curto acima.

4.º A projecção do quinto metatarsiano.

Linhas
das articulações

125— Nas pessoas gordas podem ser de utilidade as regras seguintes para encontrar as articulações, pelo que respeita a cirurgia do pé:

O nivel do artelho ou articulação tibio-tarsiana está cerca de meia pollegada acima da extremidade do malleolo interno. E' bom ter isto em lembrança ao praticar a amputação de Syme.

O tuberculo do escaphoide é a melhor guia para a articulação astragalo-escaphoidéa, que está situada immediatamente por detraz d'elle; e o plano d'esta articulação está na mesma linha que a do calcaneo-cuboidéa. Assim uma linha tirada transversalmente sobre o dorso do pé, atraz do tu-

berculo do escaphoide, deve marcar ambas as articulações abertas na operação de «Choupart».

Collocai o dedo pollegar sobre o tuberculo do escaphoide, e medi uma pollegada para frente: ahi achareis a articulação entre o cuneiforme interno e o metatarsiano do dedo grande.

A linha da articulação calcaneo-cuboidéa está situada a meia distancia entre o malleolo externo e a extremidade do metatarsiano do dedo minimo.

A projecção do quinto metatarsiano é a guia para a articulação entre elle e o cuboide.

Notai que as linhas das articulações entre os metatarsianos e as primeiras phalanges estão uma boa pollegada para traz das dobras interdigitaes da pelle. Este é um ponto que deve ser lembrado na amputação dos dedos do pé.

126 — A direcção da arteria pediosa ou dorsal do pé corresponde a uma linha tirada do meio do artelho ao intervallo entre o primeiro e o segundo metatarsiano. A arteria pode se sentir pulsar sobre os ossos ao lado externo do longo extensor do dedo grande, o qual é a melhor guia para ella.

Arterias
plantares

127 — A bainha synovial do longo extensor do dedo grande vae desde a parte anterior do artelho, sobre a parte dorsal do pé, até o metatar-

Bolsa

siano do dedo grande. Ha geralmente uma bolsa no dorso do pé por cima ou mesmo por baixo do tendão.

Ahi existe muitas vezes uma grande bolsa irregular entre os tendões do longo extensor dos dedos e a extremidade saliente do astragalo, sobre o qual jogão os tendões. Ha aqui muito attrito. E' bom ter em lembrança que algumas vezes communica esta bolsa com a articulação da cabeça do astragalo.

Arterias
plantares

128—O trajecto da arteria plantar externa corresponde a uma linha tirada da concavidade atraz do malleolo interno obliquamente atravez da planta do pé, quasi até a base do quinto metatarsiano; d'ahi a arteria desvia-se transversalmente atravez do pé, jazendo profundamente perto das bases dos ossos metatarsianos até que se anastomose com a arteria pediosa no primeiro espaço interosseo.

As linhas das arterias digitaes correspondem as linhas dos metatarsianos.

O trajecto da arteria plantar interna corresponde a uma linha tirada do lado interno do calcaneo ao meio do dedo grande.

Fascia plantar

129—Para dividir a fascia plantar subcutaneamente, o melhor lugar é cerca de uma pollegada

adiante de sua inserção ao calcaneo. E' este o ponto onde ella é mais estreita. O bistori deve ser introduzido no lado interno; e a incisão ficará atrás da arteria plantar.

A divisão subcutanea do tendão do abductor do dedo grande deverá ser feita cerca de uma pollegada antes de sua inserção.



BRAÇO

130—A linha da clavícula pode ser sempre Clavícula sentida até nas pessoas mais gordas. Sua direcção não é perfeitamente horisontal, porem um pouco inclinada para baixo, quando o braço pende tranquillamente ao lado do corpo. Quando o corpo está deitado de costas, a espadua não só cahe para trás, como tambem levanta-se um pouco por ser annullado o peso do membro. D'ahi a pratica moderna de tratar as fracturas da clavícula pelo decubitus dorsal no primeiro periodo.

Na superficie anterior da clavícula, não longe de sua extremidade acromial, existe, em muitas pessoas de idade madura, uma projecção de osso em forma de espinha, a qual, que eu saiba, não foi ainda descripta. Um cavalheiro que é cirurgião,

mostrou-me um exemplo em sua propria pessoa. Suspeitava que fosse uma exostose.

Em regra, a articulação acromio-clavicular forma um plano liso. Mas existe, algumas vezes, uma protuberancia ossea na extremidade acromial da clavícula; ou pode ser unicamente um espessamento da fibro-cartilagem, que algumas vezes existe n'este ponto. Em qualquer dos casos este relevo pode ser confundido com uma deslocação e até com uma fractura. A comparação com o hombro opposto pode tirar qualquer duvida.

Pontos osseos
do hombro

131 — Podemos distinctamente sentir a espinha do omoplata e o acromio, mais particularmente atraz do angulo de sua união. Este angulo é o lugar mais appropriado, de onde se pode medir o comprimento comparativo dos braços.

Em alguns hombros, ainda que não muitas vezes, ha uma symphysis natural entre a espinha do omoplata e o acromio. Podem na verdade existir duas symphysis e dous ossos acromiaes. caso em que o acromio tem dous pontos de ossificação. Estas symphysis naturaes podem ser tomadas por fracturas, não se examinando o hombro

opposto, que de certo apresentará conformação semelhante (1).

Fóra do acromio, estando o braço pendente ao longo do corpo, podemos sentir a Tuberosidadestravez das fibras do deltoide a parte superior do humero. Elle move-se distinctamente debaixo da mão, fazendo-se a rotação do braço. Não é a cabeça do osso que nós sentimos, e sim as tuberosidades, a maior externamente, a menor adiante. Estas tuberosidades formão a convexidade do hombro. Quando o braço está levantado, esta convexidade desapparece; fica alli em seo lugar uma ligeira depressão; e a cabeça do osso pode sentir-se comprimindo para cima com os dedos o fundo da axilla.

Faltando esta saliencia formada pela parte superior do humero debaixo do deltoide, e existindo outra saliencia descida para a concavidade da axilla, ou adiante por baixo da apophyse coracóide, ou atraz na parte posterior do omoplata, pode-se annunciar que ha deslocação da cabeça do osso.

==

(1) Veja Pruge «Ossa Acromialia» (Zeitschrift für rationelle Mediz), 3, Reihe. Bd, vñ. 1859.

No examinar as lesões obscuras do hombro, é bom ter em lembrança que, na relação normal dos ossos e em qualquer posição, a grande tuberosidade olha na direcção do condylo externo. A cabeça do osso olha sempre na direcção do condylo interno.

Fazendo-se pressão profunda na parte anterior do hombro, quando o braço está pendente e em supinação, pódemos distinguir a corrediça bicipital. Esta olha directamente para adiante e segue em uma linha tirada verticalmente para baixo, pelo meio do biceps, até ao tendão no cotovelo. Devemos estar ao facto d'isto para não a confundirmos com uma fractura.

Ligamento
coraco-acromial

132—Por baixo das fibras anteriores do deltoide podemos sentir distinctamente a posição e extensão do ligamento coraco-acromial. O bistori introduzido verticalmente, atravez do seo meio, penetra logo na articulação da espadua, e fere a corrediça bicipital com o tendão: ponto que deve ser lembrado na reseccção.

Nas pessoas de uma construcção athletica, a forma triangular e elegante do deltoide torna-se visivel, quando o musculo se contrahe. A depressão no lado externo do braço, indicando sua

inserção, é o lugar appropriado para fontículos ou sedenhos.

Estando o braço mantido por um ajudante, as bordas anterior e posterior do deltoide relaxado podem ser levantadas, de maneira que a faca de amputação pode ser introduzida por baixo do musculo com o fim de cortar o retalho.

133—A borda anterior da axilla, formada pelo Axilla grande peitoral, segue a direcção da quinta costella. No contar as costellas ou na operação da thoracentese, é bom lembrar que a primeira digitação visivel do grande dentado insere-se na sexta costella. O angulo da digitação é dirigido para diante e corresponde a borda superior da costella. A segunda digitação visivel corresponde a setima costella; o intervallo entre estas digitações, portanto, corresponde ao sexto espaço intercostal; lugar conveniente para praticar a thoracentese (38).

No estado normal nenhum ganglio pode ser sentido na axilla.

134—Quando o braço está levantado em angulo Arteria axillar recto, e por isso deprimida a cabeça do humero, sente-se claramente pulsar a arteria axillar, que pode ser efficazmente dominada por pressão feita

sobre o lado interno do coraco-brachial. Este musculo destaca-se em relevo ao longo do lado humeral da axilla, e é a melhor guia para a arteria. Uma linha tirada ao longo de sua borda interna, isto é, pelo meio da axilla abaixo, corresponde ao trajecto da arteria.

A profundidade e forma da axilla alterão-se em diferentes posições do braço. Quando o braço está levantado em abducção, a axilla torna-se quasi plana; é por isso que esta posição é sempre adoptada nas operações.

Nas aberturas dos abcessos da axilla a incisão deve ser feita a meia distancia entre as suas bordas, e a ponta do bisturi introduzida de cima para baixo.

Arteria brachial **135** — Estando o braço estendido e em supinação, uma linha tirada da parte mais profunda do meio da axilla, ao longo do lado interno do biceps, até o meio da dobra do cotovelo, corresponde ao trajecto da arteria humeral. A arteria pode ser sentida e comprimida em toda esta extensão; porem em parte alguma tão efficaçmente como na parte media, onde ella jaz na extensão de duas pollegadas sobre o tendão do coraco-brachial no lado interno e liso do humero. A direcção

appropriada para se applicar a pressão é para fóra e um pouco para baixo, ao contrario a arteria é capaz de escorregar de sobre o osso.

O nervo radial e a arteria profunda superior contornão a parte posterior do humero até perto de seo meio, e chega até a borda anterior do condylo externo. Assim, em tres boas pollegadas para cima dos condylos, nada ha que embarace as operações da parte posterior do osso, que ahi é largo e chato.

136—Na dobra do cotovelo o tendão do biceps Dobra do cotovelo pode ser sentido perfeitamente, assim como a pulsação da arteria humeral junto á seo lado interno, antes de dividir-se em radial e cubital.

A dobra do cotovelo nas crianças e nas pessôas Veias cutaneas de braços gordos e roliços apresenta uma dobra semi-circular, cuja curva abraça a parte inferior do biceps; porem nas pessôas musculosas vemos os limites distinctos do espaço triangular, formado pelo redondo pronador no lado interno e o longo supinador no externo. Aqui podem ser vistas, sobresahindo em grande relevo debaixo da delgada pelle, as veias superficiaes, que outr'ora quando era moda sangrar, gosavão de tamanha importancia. A sua disposição. posto que sujeita a variar,

é muito semelhante aos ramos da letra «M», representando o meio do «M» o meio do cotovelo. D'estes ramos a mediana basilica, que passa sobre o tendão do biceps, é a maior e mais patente, e em geral é a escolhida para a sangria; ella crusa a direcção da arteria brachial, sem nada de per-meio a não ser a aponevrose semi-lunar procedente do tendão do biceps.

Demarcações
do cotovelo

137—É de grande importancia estar familiarizado com as posições relativas das varias saliencias osseas no cotovelo. Podemos sempre sentir os condylos interno e externo. O interno é o mais saliente dos dous e ligeiramente mais alto.

Podemos sempre sentir o olecraneo. Este está um pouco mais proximo do condylo interno do que do externo. Entre o olecraneo e o condylo interno existe uma goteira profunda, na qual está situado o nervo cubital, commumente chamado «o osso comico» (funny)

No lado externo do olecraneo, justamente abaixo do condylo externo, ha uma cova na pelle, constante ainda nos individuos gordos. Esta é considerada como uma das bellezas do cotovelo em um braço elegante; vê-se nas crianças como uma linda covinha. Para o cirurgião ella é de maior interesse,

pois que n'esta depressão por detraz do longo supinador e dos extensores radiaes do punho, póde sentir distinctamente a cabeça do radio, movendo-se na pronação e supinação do braço. E', portanto, uma das mais importantes demarcações do cotovelo, visto que nos habilita a dizer se a cabeça do radio está ou não no seu lugar.

Para examinar as posições relativas do olecraneo e dos condylos, nos diferentes movimentos da articulação do cotovelo, colloque-se o dedo pollegar sobre um condylo e a extremidade do dedo medio sobre o outro e a ponta do dedo indicador sobre o Craneo. Na extensão, o ponto mais alto do olecraneo nunca está acima da linha dos condylos; de facto, elle está sempre n'esta linha: Com o cotovelo em angulo recto a ponta do olecraneo está logo verticalmente abaixo da linha dos condylos. Na extrema flexão a ponta do olecraneo está situada adiante da linha dos condylos.

Relações
do olecraneo
e condylos

Todas estas posições relativas serão alteradas n'uma luxação do cubito, porem não na fractura da extremidade inferior do humero.

Algumas vezes, posto que raras, encontramos uma projecção ossea em forma de gancho acima do condylo interno. Chama-se apophyse supra-

condyloidiana; pôde ser sentida atravez da pelle com sua concavidade para baixo e é um rudimento de canal osseo que, em muitos mamiferos, dá passagem ao nervo mediano e á arteria cubital. Uma terceira origem do redondo pronador está sempre inserida alli; esta inserção cobre a arteria humeral ⁽¹⁾.

Bolsas A bolsa subcutanea sobre o olecraneo, quando distendida, deve ser do tamanho de uma noz. Existe segunda bolsa algumas vezes um pouco mais abaixo sobre o cubito. Ha tambem uma pequena bolsa subcutanea sobre cada um dos condylös.

A extensão vertical da articulação do cotovelo é limitada, em cima por uma linha tirada de um condylo ao outro; embaixo por uma linha que corresponde a parte mais inferior da cabeça do radio.

**Arterias
interosseas**

138 — Cerca de uma pollegada abaixo da cabeça do radio, a arteria cubital dá origem a interossea commum; e esta divide-se, cerca de meia pollegada mais abaixo, em interossea anterior e

(1) Veja a este respeito uma monographia «Canalis supra-condyloideus humeri» Por W. Grube. S. Petersbourg, 1856.

posterior. Assim nas amputações do ante-braço, isto é, duas pollegadas abaixo da cabeça do radio, quatro arterias pelo menos necessitarão de ligadura.

Pela extrema flexão do cotovelo a circulação atravez da arteria humeral póde ser suspensa; porem a posição é dolorosa, e só pode ser supportada por breve espaço de tempo.

Ha um pequeno ganglio lymphatico logo acima do condylo interno, adiante do septo intermuscular. Ganglio
lymphatico
E' o primeiro a dar signal de alarma nas feridas envenenadas da mão.



ANTE-BRAÇO E PUNHO

139—A borda do cubito pode ser sentida sub-cutanea, desde o olecraneo até a apophyse estyloide, e qualquer fractura pode ser facilmente reconhecida. A apophyse estyloide do cubito não vem tão abaixo quanto a apophyse estyloide do radio, com o fim de não impedir a livre abducção da mão. Seo vertice está ao nivel da articulação radio-carpiana. A cabeça do cubito é perfeitamente sentida e vista projectando-se na face posterior do punho, especialmente na pronação do ante-braço. N'este caso ella está entre os tendões do cubital posterior e do extensor do dedo minimo. Ha ahi, muitas vezes, uma bolsa subcutanea sobre ella.

140—A metade superior da diaphysis do radio é tão coberta pelos musculos, que não podemos

sentil-a; a metade inferior é mais accessivel ao tacto, especialmente logo acima e abaixo da parte onde elle é crusado pelos extensores do dedo pollegar: Sua apophyse estyloide é sentida facilmente, e torna-se ainda manifesta por ser coberta pelos primeiros dous tendões extensores do dedo pollegar. Ella chega mais abaixo, e está mais adiante do que a apophyse correspondente do cubito. As posições relativas d'estas apophyses estyloides podem ser melhor examinadas, collocando o dedo pollegar sobre uma e o indicador sobre outra.

Procurai sentir a pequena roldana ossea por detraz do radio, a qual prende o terceiro tendão

Esta e o osso, logo acima d'ella, marcão o lugar que examinamos em casos de suspeita de fractura, acima do punho (chamada de Colles).

Carp **141**— Abaixo da apophyse estyloide do radio logo no lado interno dos extensores do dedo pollegar, sentimos o tuberculo do escaphoide.

Entre os dous está o nivel da articulação radiocarpiana. Um pouco mais abaixo sentimos o trapessio.

Abaixo da apophyse estyloide do cubito sentimos na face anterior do punho o osso pisiforme; e no lado interno o cuneiforme.

Quando o ligamento annular anterior é dividido para desafogar uma bolsa carpiana inflammada, a incisão deve ser feita verticalmente no meio do punho, no sulco entre as regiões thenar e hypothenar.

Aqui existem diversos sulcos transversaes na face palmar do punho. O mais inferior d'estes, que é ligeiramente convexo para baixo, corresponde a borda superior do ligamento annular anterior e a articulação intercarpiana. A linha da articulação radio-carpiana, como já foi ditto, está ao nivel do vertice da apophyse estyloide do cubito.

Na flexão forçada do punho, os tendões do grande palmar e do pequeno palmar tornão-se salientes. Ao lado externo do tendão do primeiro d'estes musculos, sentimos o pulso, estando ahi a arteria radial encostada ao radio.

O tendão do pequeno palmar desce ao meio do punho e immediatamente por baixo d'elle passa o nervo mediano. Para dar sahida á pús situado profundamente proximo do punho, a incisão deverá ser feita junto e parallela á borda interna do tendão do grande palmar, para evitar d'este modo offender o nervo mediano.

Podemos sentir o tendão do cubital anterior em

alguma extensão acima do punho. Elle sobrepõe-se á arteria cubital e encobre de alguma sorte sua pulsação.

Pulso **142**—No tomar o pulso convem lembrar que, em alguns casos, a arteria radio-palmar nasce mais acima, e é mais volumosa do que o costume. Em taes casos ella passa encostada á radial, e dá um accrescimo de volume ao pulso. Os escritores antigos chamão-lhe «pulsus duplex». Quando haja duvida, portanto, será bom tomar o pulso de um e outro lado.

**Grande bolsa
carpiana**

143—A grande bainha synovial, por baixo do ligamento annular commum dos tendões dos flexores dos dedos, estende-se para cima cerca de uma pollegada e meia para além da borda do ligamento e para baixo desce até o meio da palma da mão. Esta bainha synovial geral communica-se com as do pollegar e do minimo e não com as do indicador, medio e annular.

**Tabatière
anatomique**

144—Ao lado externo do punho podemos ver e sentir distinctamente, quando tensos, os trez tendões extensores do pollegar. Entre o segundo e o terceiro existe uma depressão profunda na raiz do pollegar, a qual os francezes chamão «tabatière anatomique». N'esta depressão podemos

notar: 1º, o relevo da veia radial superficial; 2º, a artéria radial em sua passagem para parte posterior da mão; 3º, a extremidade superior do metacarpiano do pollegar.

145—As posições relativas dos diversos tendões dos extensores do punho e dos dedos, quando jogão-se em suas bainhas sobre a parte posterior do radio e cubito, podem todas ser distinctamente delineadas, quando os diversos musculos se contraem. A extensão de suas bainhas synoviales deve ser tida em lembrança. Ellas varião de uma pollegada e meia á duas e meia. As mais longas de todas são as dos extensores do pollegar. Quando estas bainhas estão inflammadas e intumecidas, o movimento dos tendões torna-se doloroso e dá origem a um sentimento de crepitação, chamado «tenalgia crepitans» por alguns escritores. Dizem que se encontra algumas vezes nos pianistas.

Tendões da
parte posterior
do punho

146—O trajecto da artéria radial corresponde a uma linha tirada da borda externa do tendão do biceps, na dobra do cotovelo abaixo da parte anterior do ante-braço á parte anterior da apophyse estyloide do radio.

Linhas
das arterias

No terço superior de seu trajecto a artéria é coberta pelo longo supinador. Para ter isto em

conta, a incisão para a ligadura da arteria n'este ponto deverá ser feita, não exactamente na linha de seu trajecto, mas sim um pouco mais para o meio do ante-braço.

A linha da arteria cubital passa do meio da dobra do cotovelo ao lado externo do osso pisiforme. As arterias radial e cubital, em muitos casos, podem ser efficazmente dominadas pela pressão bem applicada no punho, nas feridas da arcada palmar.

Antes de fazermos incisões ao longo do ante-braço, é sempre necessario determinar se a arteria cubital, que ordinariamente passa por baixo dos musculos superficiaes, não passará anormalmente sobre elles; n'este caso as suas pulsações podem ser sentidas em todo comprimento do ante-braço.



MÃO

147 — E' fóra de nosso proposito examinar aqui a questão de saber se a mão póde exprimir mais do que o braço, a perna ou outra qualquer parte do corpo, acerca da constituição physica de seu possuidor, e para que uso ella é destinada. Quem tiver interesse n'este assumpto, poderá ler um bem elaborado livro de Carus. ⁽¹⁾ «Sobre a causa e significação de differentes fórmas da mão.» Ainda menos deverei eu entregar-me á curiosidade de inquirir, se os professores de chiromancia confiando-se no texto: «erit signum in manu tua et quasi munumentum ante oculos tuos», podem adduzir alguns motivos rasoaveis para asseverar que

==

(1) Ueber Grund und Betutung der vershiedenen Formen der Hand. Stuttgart, 1846,

podem ler nos sulcos da palma da mão a sina de seu dono.

Sulco palmar **148** — O unico sulco palmar proveitoso, como demarcação cirúrgica, é o que corre transversalmente atravez de seu terço inferior, e é bem apparente quando os dedos estão ligeiramente dobrados. Este sulco transversal corresponde quasi exactamente as juntas metacarpianas dos dedos; com o limite superior das bainhas synoviales dos tendões flexores; com a divisão da fascia palmar nas suas quatro pontas. O ligamento metacarpiano transverso está situado na mesma linha; e tambem um pouco abaixo d'este sulco, bifurcáo-se as arterias digitaes para seguirem ao longo dos lados oppostos dos dedos.

**Dobras
interdigitaes**

149 — Comprimindo sobre as dobras interdigitaes da pelle, podemos sentir o ligamento transverso dos dedos, que impede a sua excessiva separação. A pelle d'estas dobras é muito mais delgada na face dorsal do que na palmar; por isso os abcessos situados profundamente na palma da mão mais frequentemente se vem abrir na face dorsal da mão.

Sulcos digitaes **150** — A respeito dos sulcos transversos na superficie dos dedos, observai, que o primeiro sulco,

junto á palma, não corresponde a primeira articulação. O segundo e terceiro sulcos correspondem a suas respectivas articulações.

A pequena depressão visível entre a eminencia thenar e hypothenar corresponde ao meio do ligamento annular anterior.

151—Nas aberturas dos abcessos da palma da mão, é importante ter em lembrança a posição das grandes arcadas arteriaes, que jazem por baixo da fascia palmar. A linha da arcada palmar superficial atravessa a palma da mão proximo da junção do terço superior com os dous terços inferiores, isto é, em linha com o pollegar fortemente afastado dos outros dedos. D'ahi as arterias digitaes correm a direito entre as linhas dos ossos metacarpianos para o lado das commissuras dos dedos.

Portanto, as incisões por dar sahida á pus situado por baixo da fascia palmar podem ser feitas com segurança nos dous terços inferiores da palma da mão, contanto que ellas sigão a direcção da linha media dos dedos. A arcada palmar profunda está meia pollegada mais proxima do punho do que a superficial.

152—Como as arterias digitaes correm ao longo dos lados dos dedos, a incisão para abrir um

abcesso sub-aponevrotico deve ser feita exactamente na linha media. Deve ser feita não sobre as articulações, porém nos intervallos, uma vez que a bainha é mais forte e mais espessa sobre as diaphysis das phalanges, e portanto mais susceptiveis a produzir uma estrangulação dos tendões inclusos.

Articulação
metacarpiana
do pollegar

153—A articulação do metacarpiano do pollegar com o trapesio pode ser distinctamente sentida, seguindo a superficie dorsal do osso para cima até chegar á eminencia, que indica a articulação no fundo da « tabalière anatomique ». Suppondo, portanto, que haja grande intumescencia, o bistori introduzido no angulo entre o primeiro e o segundo metacarpo encontra promptamente a articulação, se a lamina for dirigida para fora.

Ossos sesamoides

154—Os ossos sesamoides do pollegar podem ser distinctamente sentidos. Justamente acima d'elle, isto é, mais proximo ao punho existe a articulação entre o metacarpiano e a primeira phalange. Devemos lembrar-nos da posição d'estes ossos na amputação d'esta articulação. Mutatis mutandis as mesmas observações são applicaveis aos ossos sesamoides do dedo grande do pé.

O tendão extensor da segunda articulação do

dedo pollegar crusa o vertice do primeiro espaço interosseo. Debaixo do tendão e no angulo entre os ossos, sentimos a arteria radial justamente antes que ella se aprofunde na palma da mão.

155—As veias do dorso da mão e sua disposição em forma de arcadas, que recebem as veias Veias subcutaneas digitaes, são sufficientemente claras. O numero e disposição das arcadas podem variar, porem em todas as mãos é interessante ver, que as veias, que vêm dos dedos, sobem entre as nodosidades metacarpo-phalanganas (knuckles) com o fim de ficarem ao abrigo de qualquer damno.

156—Visto que as arterias interosseas dorsaes Arterias interosseas como as palmares correm ao longo dos espaços interosseos, as incisões para dar sahida á pus devem sempre ser feitas ao longo das linhas dos metacarpianos.

As nodosidades metacarpo-phalanganas são formadas pelos tendões extensores, que correm sobre as extremidades dos ossos metacarpianos. Elles não podem sahir d'alli, em parte por estarem presos a capsula da articulação, em parte por suas relações com os tendões dos musculos lumbricoides e interosseos.

Bolsas digitaes **157**—Pequenas bolsas subcutaneas existem, algumas vezes, desenvolvidas sobre as nodosidades metacarpo-phalangianas e na parte dorsal das articulações dos dedos. Ellas muitas vezes crescem e tornão-se desfiguradas em pessoas propensas ao rheumatismo e á gotta.

Articulações digitaes **158**—Na amputação de uma das articulações dos dedos, lembrai-vos, dê que a linha da articulação não corresponde a parte mais convexa d'estas, quando dobrada, mas é alguma cousa mais proxima da extremidade do dedo.

Dedos compridos e elegantes, associados a espessura e extensão da polpa sensitiva em suas extremidades e uma arqueação demasiada das unhas, tem sido consideradas, desde o tempo de Hypocrates, como provaveis indicações de tendencia á molestia pulmonar.



APALPAÇÃO PELO RECTO

A seguinte exposição foi obsequiosamente escripta pelo Sr. Walsham, um dos demonstradores de anatomia, que tendo a mão pequena (um pouco menos do que sete pollegadas e meia de circumferencia), teve ultimamente occasião, no hospital de S. Bartholomêo, de introduzil-a no recto de um individuo vivo com vistas diagnosticas:

159—A mão e a maior parte do ante-braço podem ser introduzidas no recto, e passar além do S iliaco n'uma distancia consideravel pelo colon descendente acima.

Uma vez para além do esphincter a mão entra n'um sacco espaçoso, e as seguintes partes importantes podem ser sentidas atravez de suas paredes.

Atravez da parede anterior, a mão primeiro reconhece a prostata, que ao tacto parece uma castanha moderadamente volumosa. Immediatamente por detraz da prostata podem ser reconhecidas as vesiculas seminaes como duas massas molles situadas cada uma ao lado da linha media. Para dentro d'ellas a sensação como de um cordel indica os vasos deferentes, que facilmente se demarcão sobre a bexiga aos lados da bacia.

A bexiga facilmente se reconhece, quando está moderadamente distendida, como um tumor molle fluctuante por detraz da prostata; quando vasia, ella não pode ser differenciada dos intestinos, os quaes então descem entre o recto e o pubis. A arcada do pubis pode ser bem limitada, quando a bexiga está vasia.

Atravez da parede posterior do intestino, podem ser sentidos o cocciz e o sacro, sendo a curvatura d'este facilmente seguida pela mão.

A espinha saliente do ischion em cada lado da bacia é uma demarcação valiosa.

D'este ponto os contornos dos grande e pequeno buracos sacro-sciaticos podem ser traçados pelos dedos; e quaesquer tumores, que invadão a

cavidade pelviana através d'estas aberturas podem ser facilmente reconhecidos.

Se a mão for mais acima pelo intestino, chega ao promontorio de sacro; torna-se manifesta a pulsação dos vasos iliacos; e o trajecto da iliaca externa póde ser marcado ao longo da borda da bacia até a arcada crural, por permittirem livre movimento n'esta direcção as frouxas ligações do recto. A arteria iliaca interna póde tambem ser seguida até a parte superior do grande buraco sacro-sciatico.

Pelo movimento semi-rotatorio, e alternadamente dobrando e extendendo os dedos, a mão póde gradualmente ser introduzida no S iliaco e passar através d'esta parte do intestino até o colon descendente.

No S iliaco os dedos podem explorar toda parte inferior do abdomen, por permittirem as frouxas ligações d'esta porção do intestino que a mão percorra livremente as regiões iliaca e hypogastrica.

As partes que podem ahi ser sentidas, são a bifurcação da aorta, a divisão das arterias iliacas primitivas, a fossa iliaca e a crista do ileon.

A mão póde entrar no colon descendente e em

alguns casos alcançar a metade inferior do rim esquerdo. Provavelmente a existencia de um calculo no rim poderá ser reconhecida. A cartilagem da ultima costella póde tambem ser alcançada.

Na mulher, o utero na linha media e os ovarios em cada lado poderão tambem ser reconhecidos.

Na introduccão da mão no recto, n'um individuo chloroformisado, a dilataçãõ do esphincter do anus deve ser muito gradual; primeiramente passarão dous dedos, depois quatro e finalmente o pollegar. E' necessario empregar força consideravel, e não havendo cuidado, póde ser dilacerada não só a borda tegumentar do anus, como tambem o proprio esphincter. A introduccão é facilitada pela applicaçãõ da outra mão sobre o abdomen.

Quando a dilataçãõ for gradual e a mão não muito volumosa, não resulta incontinencia de fezes nem dôr consideravel.

O Dr. G. Simon, n'um artigo no «*Archiv für klinische chirurgie*» (1) affirma que a dilataçãõ repetida do anus até o maximo não destroe sua for-

(1) Vol. XV p. 1, 1872.

ça contractil; que elle muitas vezes tem feito até cinco exames no mesmo recto; que em casos clinicos elle sempre permittio á uma ou duas das pessoas presentes a repetição do exame, o que em caso algum resultou incontinencia permanente de feces.

Todavia temos sido informados por auctoridades de confiança, que a incontinencia de feces se tem, algumas vezes, seguido a estes repetidos exames.

Qual o tamanho da mão que póde ser introduzida com segurança? Dr. Simon affirma que ella não deve exceder á nove pollegadas de circumferencia.

Por ultimo julgamos rasoavel insistir sobre este facto importante, que, em alguns individuos, nem uma mão pequena póde passar pelo recto além da reflexão de peritonêo sobre a segunda parte do intestino. Em taes casos o peritonêo offerêce resistencia como de uma liga apertada, e oppõe-se ao ulterior progresso da mão sem grande risco de dilacerar as partes.



EXAME PELA VAGINA

Esta exposição é devida ao Dr. Godson, medico parteiro ajudante do Hospital de S. Bartholomêo.

O dedo introduzido atravez do hymen na vagina passa sobre as carunculas myrtiformes, que são saliencias membranosas vasculares independentes do hymen, variaveis em numero, tamanho e fórma. E tambem sente-se as dobras transversaes chamadas « rugas ».

Ao longô da parede anterior da vagina o dedo distingue logo a passagem da uretra, que parece um cordão saliente e fórma uma excellente guia para o orificio do meato ourinario no introduzir um catheter. Este orificio é indicado por uma pequena saliencia semi-circular, situada cerca de um terço de pollegada acima do orificio da vagina. Por detraz da uretra o dedo toca sobre a parede

posterior da bexiga. Porém a bexiga não é perceptível ao tacto, senão quando distendida. Com um catheter previamente introduzido na bexiga, ella é muito mais promptamente explorada.

O septo entre a vagina e o recto é tão delgado que se este contiver materia fecal, sua presença torna-se desde logo sensível ao dedo.

O collo uterino sente-se sahir da parte superior da vagina para baixo e para traz, isto é, na linha do umbigo para o cocciz, O orificio uterino sente-se pequeno e redondo no centro do collo. O labio posterior sente-se um pouco mais baixo do que o anterior. O fundo do sacco formado pela vagina adiante e atraz do collo deve ser perfeitamente elastico ao tacto, e não communicar a sensação de um corpo resistente. Qualquer resistencia ahi indica um estado anormal.

As demarcações osseas ao alcance de um dedo ou talvez dous, n'uma mulher que nunca teve filhos, são a symphysis pubiana, os ramos do pubis e do ischion. O cocciz e parte da concavidade do sacro podem tambem ser sentidos, porém não sem exercer muita pressão sobre a parede posterior da vagina, o que produz uma dôr consideravel. Se o promontario do sacro puder ser sentido, é signal

de que o diametro antero-posterior da bacia é anormal.

O dedo no recto pôde reconhecer quasi tudo que tem sido mencionado com relação á vagina.

A fórma e direcção do collo uterino são quasi da mesma fórma perceptíveis, e a parede posterior do útero pôde ser examinada.

A dobra peritoneal chamada recto-vaginal (espaço de Douglas) pôde tambem ser bem explorada e alguma cousa de anormal descoberta n'esta direcção; ponto de grande importancia no diagnostico de molestias e deslocamentos do utero.

O ovario no seu estado e posição normaes não pôde ser reconhecido pelo toque, mesmo quando a mão comprima fortemente sobre o hypogastrio. Se um corpo movel puder ser sentido atravez da parede anterior da vagina ao lado do collo do utero, e se este corpo for peculiarmente sensível e recuar adiante do dedo, é um ovario em estado de prolapso.

O fundo de um utero são e vasio nunca sobe além do nivel da borda da bacia, e não pôde, portanto, ser sentido carregando com a mão sobre o hypogastrio.

A direcção do utero é sujeito a mudanças, que não podem ser consideradas como anormaes.

O fundo do utero póde ser lançado, para traz por uma bexiga distendida ou para adiante por um recto distendido. O eixo de sua cavidade não é uma linha recta, e sim curva; e as sondas uterinas devem ser conformadas para se accommodarem a ella.



CORRIGENDA

PAG.	LINHA	ONDE SE LÊ	LEIA-SE
2	6	á	a
2	11	sóbre	sobre
3	5	pôde	póde
18	18	roptura	rotura
20	7	linguã	lingua
21	16	de	do
39	22	septima	setima
29	23	omaplata	omoplata
68	8	defferente,	deferente
80	1	inchio	ischio
80	13	perineas	perineaés
95	5	inflammada	inflammada
129		o craneo	olecraneo
		corresponder a	corresponder á
		contudo	comtudo
		annular	annular
		peritonéo	peritonêo
		eguaes	iguaes
		idade	idade
		peronéo	peronêo
		poplitéo	poplitêo
		escripto	eserito

INVENTARIO
1985-1986

611.9

H711d

12.203

HOLDEN, L.

AUTOR

Demarcações medicas e cirurgicas.

TÍTULO

Retirada	ASSINATURA	Devolução

